

# **KWALITEITSBELEID IN ONTWIKKELING BIJ BEROEPSORGANISATIES ALTERNATIEVE GENEES- EN BEHANDELWIJZEN**

**ERVARINGEN MET HET ONTWIKKELEN EN IMPLEMENTEREN VAN  
KWALITEITSBELEID DOOR BEROEPSORGANISATIES VAN  
ALTERNATIEVE GENEES- EN BEHANDELWIJZEN**

**Interimrapport**

Utrecht, februari 1998

Mw. dr. E.M. Sluijs  
Mw. drs. I.A. Miltenburg  
Dhr. drs. G.J. Visser  
Dhr. dr. D.H. de Bakker

 **NIVEL**  
**bibliotheek**  
drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
T 030 2 729 614/615  
F 030 2 729 729

NIVEL Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg  
Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - Telefoon: 030 2729700

In opdracht van:  
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)  
Postbus 3008 - 2280 MK Rijswijk - Telefoon: 070 3407911

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

ISBN 90-6905-370-5

# INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	5
1 WAT VOORAF GING	7
1.1 Inleiding	7
1.2 Een referentiekader voor kwaliteit	9
1.3 Stand van zaken	11
1.4 Ondersteuning bij het kwaliteitsbeleid	13
2 DOEL EN OPZET VAN DE TWEEDE FASE	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Vraagstelling	15
2.3 Methode en respondenten	15
3 ONTWIKKELEN EN INVOEREN VAN EEN KWALITEITSBELEID	18
3.1 Inleiding	18
3.2 Herbezinning op het kwaliteitsbeleid	19
3.3 Samenvatting en conclusies	26
4 OPLEIDING, BIJ- EN NASCHOLING	28
4.1 Inleiding	28
4.2 Opleidingseisen	28
4.3 Bij- en nascholing	32
4.4 Conclusie	37
5 BEROEPSREGISTER	39
5.1 Inleiding	39
5.2 Beroepsregister of ledenlijst	39
5.3 Samenvatting en conclusies	41
6 DE BEROEPSUITOEFENING	43
6.1 Inleiding	43
6.2 Beroepsprofielen en gedragsregels	43
6.3 Samenvatting en conclusies	50
7 RELATIE TOT DE REGULIERE ZORG	52
7.1 Inleiding	52
7.2 Regelgeving	52
7.3 Naleving	55
7.4 Conclusie	55
8 KLACHTENREGELINGEN EN TUCHTRECHT	57
8.1 Inleiding	57
8.2 Klachtenregelingen	57
8.3 Tuchtrect	59
8.4 Acceptatie	60
8.5 Conclusie	61
9 BESCHOUWING	62
9.1 Inleiding	62

9.2	De ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid	63
9.3	Speerpunten in het beleid	64
9.4	Implementatie van het beleid	65
9.5	Bevorderende en belemmerende factoren	67
9.6	Tot slot	69

LITERATUUR	71
------------	----

#### BIJLAGEN

Bijlage 1	Document Europees Parlement
Bijlage 2	Overzicht Respondenten
Bijlage 3	Interviewvragen

## VOORWOORD

Dit rapport gaat in op kwaliteitsontwikkelingen in de niet-conventionele of alternatieve genees- en behandelwijzen. Het rapport laat zien hoe organisaties van beroepsbeoefenaren in de alternatieve genees- en behandelwijzen te werk gaan bij het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitsbeleid. Daarnaast is in kaart gebracht welke problemen zich bij deze ontwikkelingen voordoen en welke oplossingen de beroepsorganisaties daarvoor trachten te vinden. De ervaringen zijn in kaart gebracht via diepte-interviews met 40 beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen. Hoewel het kwaliteitsbeleid bij velen doorgaans nog in een pril stadium verkeert laten de resultaten zien dat de beroepsorganisaties veel belang hechten aan waarborging van de kwaliteit en dat ook in het alternatieve veld een proces naar systematische kwaliteitsbevordering in gang is gezet.

Dit verslag is onderdeel van een groter onderzoek, getiteld 'Kwaliteitsbeleid in de alternatieve geneeswijzen'. In de eerste fase van dit onderzoek is een referentiekader voor het kwaliteitsbeleid ontwikkeld. Dat kader beschrijft aan welke normen de kwaliteit zou moeten voldoen. Ook is de stand van zaken in het alternatieve veld in kaart gebracht via een enquête onder ruim 80 beroepsorganisaties (NIVEL, 1997). Een samenvatting van de resultaten vindt u in het eerste hoofdstuk van dit rapport.

In deze tweede fase van het onderzoek staat de implementatie van het kwaliteitsbeleid centraal en de bevorderende en belemmerende factoren die daarbij een rol spelen. In de derde en laatste fase van het onderzoek zal de stand van zaken opnieuw in kaart worden gebracht om te zien welke vooruitgang de beroepsorganisaties boeken met de ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid.

Het gehele onderzoek wordt verricht in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en wordt begeleid door een begeleidingscommissie, onder voorzitterschap van prof.dr. J.H. Dijkhuis. Overige leden van de begeleidingscommissie zijn: dhr. A. van der Craats (ANG), dhr. J.D. van Foreest (hoofdinspectie van de gezondheidszorg), mw. mr. A. Frijlink (NP/CF), dhr. mr. A.A. Hamelink (Ministerie van VWS), dhr. C. Joosse, arts (AAG), dhr. A.L.J.E. Martens, arts (Zorgverzekeraars Nederland), dhr. M. de Jong (Het Verbond), mw. drs. G. Visser (CBO), dhr. drs. T. Versteegh (op persoonlijke titel). Wij zijn de begeleidingscommissie zeer erkentelijk voor hun inzet bij dit project.

Veel dank gaat uit naar alle beroepsorganisaties die hun medewerking hebben verleend via de interviews die wij met hen hebben mogen houden. Wij hopen dat hun ervaringen richting kunnen geven aan de verdere kwaliteitsontwikkelingen in het alternatieve veld.

Utrecht, februari 1998

mw. dr. E.M.Sluijs  
mw. drs. I.A.Miltenburg  
dhr. drs. G.J.Visser  
dhr. dr. D.H.de Bakker (projectleider)



# 1 WAT VOORAF GING

## 1.1 Inleiding

Het Ministerie van VWS heeft begin 1996 opdracht aan het NIVEL gegeven het kwaliteitsbeleid bij beroepsorganisaties in het alternatieve veld in kaart te brengen en voor een beperkt aantal jaren in de tijd te volgen. In dit rapport wordt de term alternatieve genees- en behandelwijzen gebruikt voor alle genees- en behandelwijzen die niet aan een door de overheid erkende opleidingsinstelling worden onderwezen en waarin geen door de overheid erkend diploma kan worden gehaald (NRV, 1990). Daarmee omvat dit onderzoek ook geneeswijzen of behandelwijzen die aangeduid worden met additief, complementair, niet-conventioneel of niet-regulier. Het gaat om antroposofische geneeswijzen, alternatieve psychotherapieën (waaronder gestalttherapie, hypnotherapie en reïncarnatie-therapie), bio-elektrische therapieën, creatieve therapieën, haptotherapie, homeopathie, manuele therapieën, natuurgeneeswijzen, oosterse geneeswijzen (waaronder acupunctuur en yoga), paranormale geneeswijzen, reflexzone therapieën en overige therapieën.

In dit eerste hoofdstuk wordt enige achtergrondinformatie over het onderzoeksproject gegeven.

De aandacht voor kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld past binnen een bredere maatschappelijke ontwikkeling. Ten eerste wordt sinds 1990 binnen alle sectoren van de gezondheidszorg gewerkt aan de ontwikkeling van kwaliteitssystemen om de kwaliteit van zorg te waarborgen. Alle aanbieders van zorg hebben zich hiertoe verplicht via de afspraken die hierover op landelijk niveau in Leidschendam zijn gemaakt (Grol e.a., 1995; Sluijs e.a. 1997; Wagner e.a., 1995). Ook het alternatieve veld was hierbij vertegenwoordigd. Via diverse subsidies heeft het Ministerie van VWS de ontwikkeling van kwaliteitssystemen gestimuleerd omdat dit past binnen het overheidsbeleid om de verantwoordelijkheid voor kwaliteitsbewaking aan het veld zelf over te laten. Gedetailleerde overheidsregels worden afgeschaft. Zorgverzekeraars krijgen meer vrijheid in de zorg die zij contracteren en in het aanvullend pakket opnemen. De subsidie voor het onderhavige onderzoek moet in het licht van deze ontwikkelingen worden gezien.

Een tweede aanleiding is de invoering van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). Met deze wet is het verbod op het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst opgeheven. In deze wet mag iedereen zich bijvoorbeeld natuurgeneeskundige noemen en een eigen praktijk beginnen, mits men geen schade toebrengt aan de gezondheid van patiënten. In de wet gelden alleen nog restricties ten aanzien van voorbehouden handelingen die uitsluitend verricht mogen worden door daartoe bevoegde beroepsbeoefenaren. Voor alternatieve beroepsorganisaties is deze toegenomen vrijheid van handelen een extra impuls om zich te onderscheiden en de kwaliteit van de door hen geleverde zorg zichtbaar te willen maken. Bijna alle organisaties willen daardoor bereiken dat hun behandelingen worden erkend en door zorgverzekeraars worden vergoed.

Ook op Europees niveau lijkt er sprake te zijn van een soepeler opstelling ten aanzien van alternatieve genees- en behandelwijzen en staat de regelgeving dienaangaande

opnieuw ter discussie. Op 29 mei 1997 is in het Europese parlement een resolutie aangenomen over de status van de niet-conventionele geneeskunde (zie bijlage 1: document DOC-NEIRR\322\322066). Daarin wordt aangekondigd dat de nodige stappen worden ondernomen om op Europees niveau - onder een aantal voorwaarden - te komen tot erkenning van niet-conventionele geneeswijzen. Men wil de regelingen die hieromtrent gelden in de lidstaten gelijk trekken. Als een van de uitgangspunten wordt gesteld dat "het belangrijk is dat patiënten een zo breed mogelijke therapiekeuze gewaarborgd wordt door hun de grootst mogelijke veiligheid te garanderen en hun zo correct mogelijke informatie verschaffen over veiligheid, kwaliteit, effectiviteit en eventuele risico's van de zogenoemde niet-conventionele geneeskunst en hen te beschermen tegen niet-bevoegden". Ook deze ontwikkelingen maken het voor beroepsorganisaties van belang hun kwaliteitsbeleid verder te ontwikkelen zodat zij aan externe partijen kunnen aantonen dat de kwaliteit van zorg gewaarborgd is.

Het huidige onderzoek naar het kwaliteitsbeleid bij beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen heeft in zijn algemeenheid tot doel gegevens aan te dragen ter onderbouwing van het beleid op dit gebied. Het totale onderzoek bestaat uit drie fasen. De eerste fase is begin 1997 afgerond met het rapport "Kwaliteitsbeleid Beroepsorganisaties Alternatieve genees- en behandelwijzen: de stand van zaken in 1996" (NIVEL, 1997). Het doel van deze eerste fase was tweeledig. Ten eerste diende een referentiekader ontwikkeld te worden voor het kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld. Dit referentiekader moest duidelijkheid verschaffen over de normen die aan het kwaliteitsbeleid van een beroepsorganisatie gesteld kunnen worden. Aan de hand van deze normen zou - ten tweede - de stand van zaken in het alternatieve veld in kaart gebracht moeten worden. Door de stand van zaken te vergelijken met het referentiekader zou zichtbaar worden welke zaken al wel en welke nog niet goed geregeld zijn bij de beroepsorganisaties.

In de tweede fase van het onderzoek - waar in dit rapport verslag van wordt gedaan - staat de implementatie centraal. Onderzocht is (hoe een steekproef van) de organisaties te werk gaan bij de implementatie van hun kwaliteitsbeleid en welke problemen zich daarbij voordoen.

In de derde fase wordt de stand van zaken opnieuw in kaart gebracht om te onderzoeken welke voortgang de organisaties op het gebied van kwaliteit hebben geboekt.

Een beperking van het onderzoek is dat de opleidingen in de alternatieve genees- en behandelwijzen in het onderzoek buiten beschouwing blijven. Dit onderwerp valt buiten de onderzoeksopdracht en bovendien zou onderzoek naar de kwaliteit van de opleidingen een onderzoek op zich betekenen.

In dit hoofdstuk wordt allereerst samengevat wat de eerste fase van het onderzoek aan resultaten heeft opgeleverd. Ten eerste is dat een referentiekader met normen waaraan de kwaliteit in het alternatieve veld zou moeten voldoen. Dit wordt beschreven in paragraaf 1.2. Ten tweede is de stand van zaken in 1996 in kaart gebracht. In paragraaf 1.3 zijn de resultaten samengevat door te beschrijven wat de beroepsorganisaties anno 1996 ontwikkeld hadden op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsbevordering. Degenen die reeds met deze informatie bekend zijn, kunnen deze paragrafen overslaan. In paragraaf 1.4 wordt ingegaan op recente activiteiten en ontwikkelingen ten aanzien van de kwaliteitsbevordering in het alternatieve veld.

In dit rapport gebruiken we de term 'beroepsbeoefenaar' voor al diegenen die alterna-



tieve genees- of behandelwijzen in de praktijk uitoefenen. Deze beroepsbeoefenaren kunnen in twee groepen worden onderscheiden. Ruim de helft van de beroepsbeoefenaren bestaat uit artsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen of andere regulier opgeleide hulpverleners in de gezondheidszorg die zich in een of meerdere alternatieve vormen van behandeling hebben bekwaamd. De andere helft van de beroepsbeoefenaren heeft geen reguliere opleiding op het gebied van de gezondheidszorg gevolgd. Beide groepen beroepsbeoefenaren zijn in het onderzoek betrokken.

Het onderzoek is verricht onder de (besturen van) de beroepsorganisaties. Onder een beroepsorganisatie wordt verstaan 'ieder organisatorisch verband dat (mede) tot doel heeft het behartigen van de beroepsorganisatorische belangen van de aangesloten beroepsbeoefenaren'. Het onderzoek is daarmee beperkt tot de beroepsbeoefenaren die in een organisatie zijn verenigd. Volgens recente cijfers bestaan er 108 beroepsorganisaties met ruim 11.000 praktizerende leden (NIVEL, 1997). Over het aantal ongeorganiseerde beroepsbeoefenaren zijn geen gegevens bekend.

Van 84 organisaties is in 1996 een enquête ontvangen. Van hen waren er 45 aangesloten bij een overkoepelende organisatie:

- 7 organisaties bij de AAG (Artsenfederatie Additieve/Alternatieve Geneeskunde);
- 19 bij de ANG (Alliantie van Natuurlijke Geneeswijzen);
- 5 bij Het Verbond van Beroepsorganisaties Paranormale Geneeswijzen;
- 14 bij overige Nederlandse organisaties, waaronder de RING (Stichting Registratie- en Ontwikkelingsinstituut Natuurlijke Geneeswijzen) of andere Europese of Internationale organisaties.

Deze organisatiestructuur is aan wisselingen onderhevig zoals verderop in dit rapport wordt toegelicht.

## 1.2 Een referentiekader voor kwaliteit

In 1996 is allereerst vastgesteld wat verstaan moet worden onder een acceptabel kwaliteitsniveau in het alternatieve veld. Daartoe is in gezamenlijk overleg met de betrokken partijen een referentiekader ontwikkeld. Het referentiekader bevat 36 normen die in het schema op de volgende pagina beknopt (in trefwoorden) zijn weergegeven.

De normen hebben betrekking op het reguleren van:

- 1 opleiding, bij- en nascholing;
- 2 beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten;
- 3 toepassing van de genees- en behandelwijze;
- 4 organisatie van de zorgverlening;
- 5 attitude van de beroepsbeoefenaar;
- 6 relatie tot de reguliere zorg;
- 7 tuchtrecht en klachtenopvang;
- 8 kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering.

Indien al deze aspecten goed geregeld zijn in de beroepsorganisatie wordt ervan uitgegaan dat een acceptabel kwaliteitsniveau is bereikt.

Tezamen vormen de normen een raamwerk voor het kwaliteitsbeleid. De normen hebben een abstract karakter omdat zij in principe bedoeld zijn voor alle beroepsorganisaties in het alternatieve veld. In de normen wordt aan een organisatie gevraagd duidelijk te maken welke regels en eisen in de beroepsgroep gelden en hoe ervoor wordt gezorgd dat deze regels worden nageleefd.

## **Referentiekader: de organisatie beschikt over en maakt inzichtelijk:**

### **Opleiding, bij- en nascholing**

1. De eisen die aan de reguliere opleiding gesteld worden.
2. De eisen die gesteld worden aan de opleiding in de (alternatieve) genees-/behandelwijze.
3. De eisen die gelden ten aanzien van bij- en nascholing.
4. De wijze waarop handhaving van deze opleidingseisen is gewaarborgd.

### **Beroepsregister en herkenbaarheid van therapeuten**

5. Selectiecriteria voor opname in een beroepsregister.
6. Regels ten aanzien van herregistratie.
7. De wijze waarop gekwalificeerde beroepsbeoefenaren herkenbaar zijn.
8. De wijze waarop handhaving van deze selectiecriteria en regels is gewaarborgd.

### **Toepassing van de genees-/behandelwijze**

9. Een omschrijving van de toegepaste genees-/behandelwijze(n).
10. Een omschrijving van de hiervoor vereiste deskundigheden en vaardigheden.
11. Een beschrijving van onderdelen die protocollair geregeld zijn.
12. Regels voor het stellen van een diagnose.
13. Regels voor het voorschrijven van medicijnen.
14. De wijze waarop wordt gezorgd voor handhaving van deze regels

### **Organisatie van de zorgverlening**

15. Regels voor de bereikbaarheid van beroepsbeoefenaren.
16. Richtlijnen voor de inrichting van de praktijkruimten.
17. Regels voor de patiënten- of cliëntenstatus of dossier.
18. Regels voor het bewaken van de hygiëne.
19. Regels voor de tarieven van de behandeling.
20. De wijze waarop wordt gezorgd voor handhaving van deze regels.

### **Attitude van de beroepsbeoefenaar**

21. Regels ten aanzien van de privacybescherming.
22. De beroepscode of gedragsregels voor het omgaan met patiënten/cliënten.
23. De gedragscode voor het omgaan met collega's.
24. Regels voor de overdracht van of nazorg aan patiënten/cliënten.
25. De wijze waarop wordt gezorgd voor handhaving van deze regels.

### **Relatie tot de reguliere zorg**

26. Schriftelijke informatie voor reguliere beroepsbeoefenaren over de genees-/behandelwijze.
27. Regels voor de relatie tot reguliere beroepsbeoefenaren.
28. De wijze waarop wordt gezorgd voor handhaving van deze regels

### **Klachtenopvang en tuchtrecht**

29. Een klachtenreglement en een klachtencommissie.
30. De wijze waarop zorggedragen wordt voor adequate klachtenopvang en -behandeling en de wijze waarop de patiënt/cliënt daarvan op de hoogte wordt gesteld.
31. Een intern (verenigings)tuchtrecht en een tuchtcommissie.
32. De wijze waarop wordt zorggedragen voor een adequate toepassing van het verenigingstuchtrecht.

### **Kwaliteitsbewaking en -verbetering**

33. De wijze waarop patiënten/cliënten(organisaties) betrokken zijn bij kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering.
34. De wijze waarop intercollegiale kwaliteitsbewaking en -verbetering plaatsvindt.
35. De wijze waarop de organisatie bewaakt dat beroepsbeoefenaren voldoen aan de binnen de organisatie eledende regels, normen of eisen.
36. De wijze waarop een koepelorganisatie betrokken is bij de kwaliteitsbewaking en -verbetering.

Het gaat er in essentie dus om dat de beroepsvereniging aan derden zichtbaar maakt welke eisen binnen de beroepsgroep gelden.

Het doel daarvan is in de eerste plaats dat aan patiënten en consumenten duidelijk wordt gemaakt wat zij van de diverse alternatieve beroepsbeoefenaren wel en niet kunnen verwachten. Dergelijke informatie kan patiënten in staat stellen om een afgewogen keuze te maken omtrent de behandelaar tot wie zij zich willen wenden. Met het inzichtelijk maken van hun kwaliteitsbeleid verschaffen de beroepsorganisaties op de tweede plaats ook duidelijkheid aan de overige partijen in de gezondheidszorg, de zorgverzekeraars, de reguliere beroepsbeoefenaren en de inspectie.

De normen geven een grote mate van vrijheid aan de beroepsorganisaties wat betreft de wijze waarop zij hun kwaliteitsbeleid in willen vullen. De normen schrijven voor **wat** geregeld zou moeten zijn, zij schrijven niet voor **hoe** een beroepsorganisatie het kwaliteitsbeleid in moet vullen of welke eisen aan bijvoorbeeld de opleiding dienen te worden gesteld. Dit uitgangspunt doet recht aan de grote verschillen tussen de beroepsorganisaties, verschillen die het onmogelijk maken om inhoudelijk één kwaliteitsniveau aan alle organisaties op te leggen. Dit uitgangspunt betekent tegelijkertijd dat de normen ruimte bieden om invulling te geven aan de wensen of criteria van patiënten-/consumenten(organisaties), eisen van koepelorganisaties of wettelijke voorschriften. Met name het LOPAG, het Landelijk Overleg van Patiëntenorganisaties voor Alternatieve Geneeswijzen, heeft criteria voor alternatieve genezers op schrift gesteld.

Het referentiekader is ontwikkeld door een panel van deskundigen uit het alternatieve veld (waaronder de koepelorganisaties) en vertegenwoordigers van onder meer patiënten/consumentenorganisaties en zorgverzekeraars. Bij deze partijen bleek veel overeenstemming te bestaan over de onderdelen die binnen een beroepsvereniging geregeld zouden moeten zijn om een adequaat kwaliteitsniveau te realiseren. In grote lijnen bleek ook het alternatieve veld zelf in te kunnen stemmen met het referentiekader, zoals bleek uit onderzoek naar het draagvlak onder de beroepsorganisaties zelf. Daartoe was het concept van het referentiekader begin 1997 voor commentaar rondgestuurd aan alle 108 beroepsorganisaties, die inmiddels waren opgespoord. Van 54 organisaties werd commentaar ontvangen. In zijn algemeenheid waren de reacties positief. De door hen gewenste aanvullingen zijn in het definitieve referentiekader verwerkt.

Wel benadrukten sommige respondenten dat het referentiekader vooral als ontwikkelingsmodel gebruikt dient te worden, met name omdat het realiseren van de normen menskracht maar vooral ook tijd zal vergen.

### 1.3 Stand van zaken

In 1996 konden 108 organisaties worden opgespoord met in totaal ruim 11.000 praktizerende leden. Via een schriftelijke enquête is de stand van zaken bij hen in beeld gebracht. In de enquête is gevraagd welke van de - in het referentiekader genoemde - aspecten geregeld zijn en of deze regels op schrift zijn gesteld. De gedachte is dat schriftelijke regels nodig zijn om aan derden duidelijkheid te kunnen verschaffen over de regels die in de beroepsorganisatie gelden. Van de 108 organisaties hebben 84 organisaties de enquête ingevuld (respons 78%).

In de hierna volgende tabel is de stand van zaken te zien bij 81 organisaties. (Drie

organisaties met minder dan 3 leden zijn buiten beschouwing gelaten). Het tabel toont hoeveel procent van de organisaties schriftelijke regels hanteert met betrekking opleidingseisen, bij- en nascholing enzovoorts.

Tabel 1.1 Percentage organisaties dat voldoet aan meer dan de helft van de normen per rubriek in het referentiekader

opleiding, bij- en nascholing	84%
beroepsregister en herkenbaarheid van beroepsbeoefenaren	63%
attitude en gedrag	54%
tuchtrecht en klachtenopvang	52%
toepassing van de genees- of behandelwijze	40%
organisatie van de beroepsuitoefening	34%
relatie tot de reguliere zorg	27%

Uit deze tabel kan een aantal conclusies worden getrokken.

Ten eerste blijkt dat zeer veel organisaties eisen hebben geformuleerd ten aanzien van de reguliere en alternatieve opleiding die voor het toepassen van de genees- of behandelwijze nodig is. Tussen de organisaties onderling bestaan grote verschillen in de zwaarte van de opleidingseisen. Op zich hoeft dat geen probleem te zijn indien het voor patiënten/consumenten duidelijk is welk niveau men bij een beroepsbeoefenaar kan verwachten. Bij de reguliere opleidingen is dat niveau wel duidelijk, maar bij de opleidingen in de alternatieve genees- en behandelwijzen is het niveau veel minder inzichtelijk. De alternatieve opleidingen zijn namelijk niet bij wet geregeld. Een van de aanbevelingen uit het onderzoek luidde dan ook om in de toekomst een inzichtelijke en eenduidige plaatsbepaling van opleidingen in de alternatieve genees- en behandelwijzen te realiseren.

Bijna tweederde van de organisaties heeft regels opgesteld voor opneming van de leden in een beroepsregister. Dit betekent dat derden in principe kunnen nagaan welke beroepsbeoefenaren zijn gekwalificeerd, dat wil zeggen voldoen aan de gestelde eisen. Dit blijkt niet altijd het geval te zijn omdat het beroepsregister niet bij alle organisaties openbaar is. Voor patiënten zou meer duidelijkheid ontstaan indien alle organisaties een openbaar beroepsregister zouden uitgeven met daarin de namen van gekwalificeerde beroepsbeoefenaren. Verwant daarmee zou het de voorkeur verdienen ook de titelvoering op eenduidige wijze te regelen zodat derden ook aan deurplaat of schild kunnen afleiden of men een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar voor zich heeft.

Ongeveer de helft van de organisaties heeft gedragsregels opgesteld en regels met betrekking tot de toepassing van de genees- en behandelwijze. Relatief vaak ontbreken daarbij echter regels omtrent de diagnosestelling c.q. de indicaties voor behandelingen (en voor zover van toepassing het voorschrijven van medicijnen). De kwaliteit van de hier genoemde regels en documenten is nog niet onderzocht (dat gebeurt in een latere fase van het onderzoek). Op dit moment bestaan nog geen eenduidige kwaliteitseisen voor bijvoorbeeld gedragscodes of beroepsprofielen. Wel zijn op dit gebied diverse ontwikkelingen gaande, getuige de criteria die door de LOPAG zijn geformuleerd en de pogingen van koepelorganisaties en andere instanties om concrete criteria op te stellen. In samenspraak met de beroepsorganisaties kunnen al deze instanties een belangrijke rol vervullen bij het beoordelen en verbeteren van de kwaliteit waarmee in feite een ontwikkeling van zelfregulering binnen het alternatieve veld in gang is of wordt gezet.

De helft van de organisaties hanteert zowel een intern tuchtrecht als regelingen voor de klachtenopvang. De organisaties melden dat een vorm van kwaliteitsbewaking plaatsvindt door actie te ondernemen op basis van over een beroepsbeoefenaar binnengekomen klachten. In het referentiekader is daarnaast als norm opgenomen dat het voor patiënten/consumenten duidelijk zou moeten zijn op welke wijze klachtenopvang en -behandeling plaatsvindt, terwijl patiënten/consumentenorganisaties veel waarde hechten aan patiëntvriendelijke procedures.

Om de hiervoor besproken regels toegankelijker te maken kan overwogen worden om de betreffende documenten (gedragscode, beroepsprofielen, opleidingsprofielen, klachtenreglementen) op te nemen in een documentatiecentrum, bijvoorbeeld van het NIGZ, de NP/CF, koepelorganisaties of andere instanties, zodat voor derden duidelijk is waar de informatie is te vinden, aldus een aanbeveling uit het onderzoek.

Als lacunes in het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisaties kunnen op dit moment aangewezen worden: de regulering van de organisatie van de beroepsuitoefening, de relatie tot de reguliere zorg en ook de betrokkenheid van patiënten/consumenten(organisaties). In het rapport wordt aanbevolen om de inbreng en betrokkenheid van patiënten/consumenten(organisaties) te vergroten, gezien de landelijke afspraken die hieromtrent in Leidschendam zijn gemaakt.

Een lacune ligt vooralsnog ook op het gebied van kwaliteitsbewaking. Uit het onderzoek blijkt dat kwaliteitsbewaking vooral plaatsvindt via de eisen die aan de leden worden gesteld voor het lidmaatschap en het beroepsregister en via binnengekomen klachten. Nog weinig beroepsorganisaties kennen andere vormen van systematische kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering (bijvoorbeeld intercollegiale toetsing, visitatie, herregistratie etcetera).

In het referentiekader wordt van de organisaties verwacht dat zij **op termijn** inzichtelijk maken op welke wijze ervoor wordt gezorgd dat beroepsbeoefenaren de regels in acht nemen of op welke wijze de beroepsorganisatie (of de koepelorganisatie) de kwaliteit van haar leden bewaakt.

Tot slot, wat betreft de verschillen tussen beroepsorganisaties laten de resultaten zien dat het kwaliteitsbeleid vooral verder ontwikkeld is bij grotere beroepsorganisaties en bij beroepsorganisaties die bij een koepel zijn aangesloten. In een aantal opzichten is dit verklaarbaar. Ten eerste hebben grotere organisaties meer menskracht ter beschikking om zaken te ontwikkelen dan kleine organisaties. Ten tweede hebben koepelorganisaties de laatste jaren diverse initiatieven ontplooid om de kwaliteit te reguleren. Dit heeft er onder andere toe geleid dat de aangesloten beroepsorganisaties niet steeds zelf het wiel behoeven uit te vinden: op centraal (koepel)niveau zijn zaken als klachtenregelingen of voorbeelden van beroepsprofielen beschikbaar. Dit gegeven pleit ervoor dat beroepsorganisaties zich zoveel mogelijk verenigen om op die wijze de werklust die het reguleren van de kwaliteit nu eenmaal met zich meebrengt, te verlichten.

Bij deze bevindingen moet in acht worden genomen dat beroepsbeoefenaren zelf niet zijn bevroegd; de gegevens weerspiegelen de percepties van de besturen die de enquête hebben ingevuld.

## **1.4 Ondersteuning bij het kwaliteitsbeleid**

Parallel aan het NIVEL-onderzoek ontvangen de beroepsorganisaties de komende

jaren ondersteuning bij het ontwikkelen van hun kwaliteitsbeleid. Het Ministerie van VWS heeft hiertoe een subsidie verstrekt aan het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO). De ondersteuning vindt plaats in de periode 1 oktober 1996 tot en met 1 november 1999. In onderling overleg tussen de beroepsorganisaties en het CBO zijn prioriteiten voor deze ondersteuning vastgesteld (Visser, 1997). De prioriteiten komen in zijn algemeenheid overeen met de lacunes die in het eerste NIVEL-onderzoek waren geconstateerd.

Het CBO-project Ondersteuning Kwaliteitszorg Alternatieve Behandel/geneeswijzen (OKAB) kent twee algemene doelstellingen. De eerste doelstelling is het verhogen van het kwaliteitsbewustzijn bij de alternatieve beroepsorganisaties. De tweede doelstelling richt zich op ondersteuning bij het formuleren en implementeren van kwaliteitsbeleid (Visser, 1997).

In 1997 is het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), in opdracht van het Ministerie van VWS gestart met het ontwikkelen van een homepage rondom alternatieve geneeswijzen op internet. Het doel van het project 'Informatieplatform kwaliteitsontwikkeling complementaire behandelwijzen' is uitwisseling van informatie ten dienste van de kwaliteit van de beroepsuitoefening. Het betreft een ontwikkelingsproject met betrekking tot informatievoorziening langs elektronische weg op het gebied van complementaire behandelwijzen. De startdatum van het project is 1 februari 1997. De verwachte duur van het project is drie jaar (NIGZ, 1997).

De Consumentenbond zal in opdracht van het Ministerie van VWS gaan starten met een registratiesysteem van beroepsorganisaties in de alternatieve genees-/behandelwijzen. Doelgroepen van het systeem zijn: consumenten, uitgevers (o.a. Gouden Gids), voorlichtingsinstanties en verzekeraars. Ten behoeve van de consumenteninformatie zal door middel van een vragenlijst worden nagegaan welke beroepsorganisaties aan de kwaliteitscriteria voldoen. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de criteria die in het referentiekader zijn opgenomen.

## 2 DOEL EN OPZET VAN DE TWEEDE FASE

### 2.1 Inleiding

Het onderzoek naar het kwaliteitsbeleid van de beroepsorganisaties voor alternatieve genees- en behandelwijzen bestaat uit drie fasen. Tijdens de eerste fase (1996-97) is een referentiekader ontwikkeld voor een verantwoord kwaliteitsbeleid in deze sector en is een inventariserend onderzoek gehouden naar de huidige stand van zaken (zie de samenvatting daarvan in hoofdstuk 1 van dit rapport). In de derde fase zal het onderzoek naar de stand van zaken worden herhaald. Vraagstelling en onderzoeksopzet van de tweede fase (van 1 mei tot 1 december 1997) worden in dit hoofdstuk uiteen gezet.

### 2.2 Vraagstelling

In deze tweede fase van het onderzoek staan twee thema's centraal: de voortgang (sinds de zomer van 1996) van de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid en - belangrijker - de implementatie daarvan onder de leden van de beroepsorganisaties. Immers, dat een beroepsorganisatie normen en procedures ontwikkelt, betekent niet vanzelf dat ze ook werkelijk door de leden worden gebruikt: daarvoor is extra inspanning van de organisatie noodzakelijk. Uit onderzoek naar het kwaliteitsbeleid in de reguliere sector blijkt dat zowel belemmerende als bevorderende factoren een rol spelen. Enerzijds voelen beroepsbeoefenaren zich gestimuleerd als zij op de inhoud van hun vak worden aangesproken; anderzijds kost kwaliteitsbevordering tijd en geld en zijn zij huiverig voor controle en verlies van autonomie (Sluijs, de Bakker en Dronkers, 1994).

De vraagstelling voor de tweede fase luidt dan ook:

'Welke activiteiten ontwikkelen beroepsverenigingen in de alternatieve geneeswijzen om het kwaliteitsbeleid te implementeren en welke bevorderende en belemmerende factoren doen zich daarbij voor?'

Oorspronkelijk lag het in de bedoeling ook de schriftelijke enquête onder de beroepsverenigingen tijdens de tweede fase opnieuw te versturen om zo de voortgang van het kwaliteitsbeleid in kaart te brengen. Daarvan is echter afgezien, omdat er te weinig tijd lag tussen de eerste en de tweede fase van het onderzoek om veel veranderingen te verwachten. Het zou irritaties kunnen geven als de beroepsorganisaties nu al werden uitgenodigd de lijst opnieuw in te vullen (en daarna nog eens voor een derde keer). Daarom is gekozen voor een reeks van interviews met vertegenwoordigers van beroepsorganisaties, waarin - behalve op de implementatie van het kwaliteitsbeleid - in het kort ook wordt ingegaan op de voortgang van de ontwikkeling daarvan sinds de zomer van 1996.

### 2.3 Methode en respondenten

Om een goed overzicht te krijgen van de implementatie en de problemen die zich daarin kunnen voordoen, zijn vraaggesprekken gehouden met drie groepen van beroepsorganisaties: een groep die vergevorderd is met de ontwikkeling van het

kwaliteitsbeleid; een groep die net begonnen is en een groep die nog geen activiteiten heeft ontplooid. Op die manier kon een beeld worden verkregen van de stand van zaken in het alternatieve veld, zowel bij organisaties die nog bezig zijn met het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid als bij organisaties die een kwaliteitsbeleid reeds op papier hebben staan en de daarin vervatte regels en normen in de praktijk gerealiseerd moeten zien te krijgen.

Voor de selectie van de drie groepen beroepsorganisaties is de volgende procedure gevolgd.

In de schriftelijke enquête van de eerste fase worden zeven aspecten van een kwaliteitsbeleid onderscheiden:

- opleiding en bij- en naschooling;
- beroepsregister en herkenbaarheid van beroepsbeoefenaren;
- toepassing van de genees- of behandelwijze;
- attitude en gedrag;
- organisatie van de beroepsuitoefening;
- relatie tot de reguliere zorg;
- tuchtrecht en klachtenopvang.

In de eindrapportage is aangegeven hoeveel van de responderende organisaties deze aspecten al geregeld hebben (waarmee bedoeld is dat per aspect aan meer dan de helft van de normen uit het referentiekader is voldaan). Van alle 81 organisaties, zo blijkt, heeft 33 procent (op te vatten als de 'beginners') één of twee van deze zeven aspecten geregeld. 19 Procent (de 'gevorderden') heeft zes of zeven rubrieken geregeld. De overige organisaties (48 procent) zitten daar tussen in (NIVEL, 1997).

In totaal zijn 54 organisaties voor een gesprek uitgenodigd, namelijk:

- 27 'beginnende' organisaties die één of twee aspecten hebben geregeld;
- 12 organisaties die vier aspecten hebben geregeld; en
- 15 'gevorderde' organisaties die zes of zeven aspecten hebben geregeld.

Uiteindelijk zijn met vertegenwoordigers van 40 organisaties (74%) vraaggesprekken gehouden, namelijk:

- 17 (63%) van de 'beginnende' organisaties (totaal 1584 praktizerende leden);
- 9 (75%) van de organisaties die vier aspecten hebben geregeld (totaal 2670 praktizerende leden);
- 14 (93%) van de 'gevorderde' organisaties (totaal 2435 praktizerende leden).

Van de 54 aangeschreven organisaties hebben er 40 wel en 14 niet geparticipeerd. 7 organisaties hebben deelname geweigerd (waarvan zes 'beginnende' organisaties). Deze organisaties vonden een interview nog niet zinvol omdat men pas aan het begin stond van de ontwikkelingen en dus nog geen ervaring met implementatie had opgedaan. Eén organisatie was inmiddels opgeheven. Eén organisatie bleek geen beroepsorganisatie te zijn. Vijf organisaties waren onbereikbaar of reageerden niet, ook niet op herhaalde verzoeken. Bijlage 2 geeft een overzicht van de 40 organisaties waarmee een gesprek is gevoerd. Deze 40 organisaties hebben in totaal 6.689 praktizerende leden. De totale populatie georganiseerde beroepsbeoefenaren wordt geschat op ruim 11.000. Het aantal ongeorganiseerde beroepsbeoefenaren is niet bekend.

Bijna alle gesprekken werden op band opgenomen; in twee gevallen is volstaan met het maken van aantekeningen. Van alle gesprekken is een verslag-in-hoofdpijnen



gemaakt, dat ter autorisatie aan de gesprekspartners werd toegestuurd. Daarnaast kregen de organisaties een overzicht van de voor het onderzoek relevante documenten (zoals statuten, huishoudelijke reglementen, klachtenreglementen, toelatingscriteria en dergelijke) die reeds bij het NIVEL in bezit waren, met het verzoek eventuele andere belangrijke stukken alsnog toe te sturen.

### **2.3.1 Verwerking van de gegevens**

De gegevens uit de interviews zijn op kwalitatieve wijze verwerkt. Dat houdt ten eerste in dat per onderwerp de relevante uitspraken bij elkaar zijn gezet (bijvoorbeeld alle uitspraken betreffende kwaliteitsbeleid, beroepsregister enzovoorts). Per onderwerp is vervolgens geprobeerd een clustering aan te brengen in de antwoorden van de respondenten. In een aantal gevallen was het mogelijk een kwantitatieve tabel van de antwoorden samen te stellen. In veel gevallen waren de uitspraken minder concreet. In die gevallen geven wij de hoofdlijnen van de reacties op kwalitatieve wijze weer. Ter onderbouwing en illustratie zijn citaten van de geïnterviewden toegevoegd.

### **2.3.2 Implementatie**

De vragen naar de implementatie van het kwaliteitsbeleid zijn afgeleid van het implementatiemodel model van Grol (zie voor de toelichting op dit model hoofdstuk 3). In dit model wordt ervan uitgegaan dat de volgende vijf elementen van belang zijn bij de implementatie van een kwaliteitsbeleid:

- kennis: zijn de leden op de hoogte van het beleid?
- oordeel: wat vinden zij van het beleid?
- naleving: houden de leden zich aan de gemaakte afspraken?
- problemen: welke problemen doen zich daarbij voor?
- oplossing: welke oplossingen zijn er voor deze problemen?

Naast vragen over het kwaliteitsbeleid is in de vraaggesprekken vooral ingegaan op de afzonderlijke onderdelen van het kwaliteitsbeleid. Achtereenvolgens zijn derhalve de volgende onderwerpen aan de orde gekomen: opleiding; bij- en nascholing; (opname in) beroepsregister en herkenbaarheid; toepassing van de genees- of behandelwijze; organisatie van de beroepsuitoefening; attitude en gedrag; relatie tot de reguliere zorg; tuchtrecht en klachtenopvang. Elk van deze acht onderwerpen is besproken aan de hand van bovenstaande vijf elementen.

Zoals verwacht, varieerde de inhoud van de gesprekken sterk. Sommige organisaties hadden immers al op alle aspecten beleid ontwikkeld, waarvan de implementatie in de gesprekken dus uitvoerig aan de orde kon worden gesteld. Bij organisaties die nog nauwelijks begonnen waren, was implementatie vanzelfsprekend nog niet aan de orde. Het gesprek kreeg daardoor noodgedwongen een ander karakter. In die gevallen werd vooral gesproken over te verwachten toekomstige ontwikkelingen. Een overzicht van de vragen is te vinden in bijlage 3.

### 3 ONTWIKKELEN EN INVOEREN VAN EEN KWALITEITSBELEID

#### 3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft allereerst welke overwegingen een rol spelen bij het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid en de prioriteiten die worden gesteld. Dan volgt een overzicht van de ontwikkelingsfase waarin het kwaliteitsbeleid verkeert bij de geïnterviewde beroepsorganisaties. Tenslotte komt aan de orde hoe de organisaties te werk gaan bij de invoering van het beleid en welke problemen zich daarbij voordoen. Het hoofdstuk besluit met de conclusies. In de daarop volgende hoofdstukken wordt steeds één onderdeel van het kwaliteitsbeleid nader toegelicht, namelijk opleiding, bij- en nascholing (hoofdstuk 4) het beroepsregister (hoofdstuk 5) de beroepsuitoefening (hoofdstuk 6) de relatie tot de reguliere zorg (hoofdstuk 7) en tuchtrecht en klachtenregelingen (hoofdstuk 8).

*De hierna te presenteren gegevens zijn niet te generaliseren naar alle beroepsverenigingen, ze zijn gebaseerd op een selectieve steekproef.*

##### 3.1.1 Een kader voor het kwaliteitsbeleid

Kwaliteitsbeleid is een begrip van recente datum. Het begrip duidt aan dat binnen een organisatie - naast het strategisch en inhoudelijk beleid - een expliciet beleid wordt gevoerd ter verbetering en beheersing van de kwaliteit. Dit beleid wordt soms neergelegd in een apart kwaliteitsbeleidsplan - zoals veel paramedische beroepsgroepen recent hebben gedaan - of het kwaliteitsbeleid wordt als hoofdstuk opgenomen in het algemene beleidsplan. Hoewel kwaliteitsbeleid en algemeen beleid vaak sterk met elkaar zijn verweven, laat schema 3.1 zien dat een kwaliteitsbeleid een eigen karakter heeft. Dat beleid richt zich met name op de wijze waarop de kwaliteit bewaakt en verbeterd wordt. Dit schema is ontleend aan dat van de reguliere beroepsgroepen (Sluijs e.a. 1992); voor de alternatieve beroepsgroepen is aan het schema één aspect toegevoegd, namelijk de relatie tot de reguliere zorg.

Schema 3.1 Kwaliteitsbeleid

aspecten van het beroep	Kwaliteitsbewaking en verbetering
opleiding	erkenning van opleidingen via visitatie of certificering controle van de vereiste opleidingsdiploma's bij de leden
bij- en nascholing	erkenning van na/bij-scholing via accreditatie (= kwaliteitsstempel) controle van de vereiste na/bij-scholing bij de leden
bevoegdheid	beroepsregister, herregistratie, tuchtrecht
beroepsuitoefening: - methodisch handelen - attitude - organisatie van de zorg	supervisie, intercollegiale toetsing, visitatie
relatie tot de patiënt/cliënt	meningspeilingen, klachtenregelingen
relatie tot de reguliere zorg	afspraken, overeenkomsten, contracten

De linkerzijde van het schema toont verschillende aspecten van het beroep, de rechterzijde van het schema toont op welke wijze de kwaliteit daarvan kan worden verbeterd of bewaakt. De kwaliteit van de opleiding kan bijvoorbeeld bewaakt worden via visitatie of certificering; de beroepsvereniging kan vervolgens controleren of de leden het vereiste opleidingsdiploma bezitten. Het overzicht is niet uitputtend, ook andere vormen van kwaliteitsbewaking zijn mogelijk.

In een kwaliteitsbeleidsplan wordt alles op het gebied van kwaliteitsbevordering overzichtelijk bij elkaar gezet. Op die wijze tracht men de onderlinge samenhang in deze activiteiten te bevorderen, zodat op den duur een volledig en samenhangend kwaliteitssysteem ontstaat. Met samenhangend wordt bedoeld dat bijvoorbeeld de uitkomsten van toetsing worden gebruikt om te bepalen welke na- en bijscholing nodig of wenselijk is. Samenhang betekent ook dat de klachten worden gebruikt om gedragsregels aan te scherpen of opnieuw onder de aandacht te brengen. Op die wijze ontstaat een cyclisch proces van kwaliteitsbevordering. Indien alle aspecten van het beroep op deze wijze als het ware 'gereguleerd' zijn is het kwaliteitssysteem volledig. Deze ideale situatie is nog bij geen enkele beroepsgroep in de reguliere of alternatieve gezondheidszorg bereikt. Wel ontwikkelen veel beroepsgroepen stapsgewijze onderdelen van een kwaliteitssysteem. Dit proces is ook in het alternatieve veld op gang gekomen zoals dit rapport zal laten zien.

## **3.2 Herbezinning op het kwaliteitsbeleid**

Nagenoeg alle beroepsorganisaties in het alternatieve veld besteden op een of andere wijze aandacht aan aspecten van kwaliteit, zo bleek uit de vorig jaar gehouden enquête (NIVEL, 1997). Aspecten die daarbij door de ruime meerderheid worden genoemd zijn opleiding, bij- en nascholing, terwijl ruim de helft van de organisaties ook melding maakt van een beroepsregister, gedragsregels en tuchtrechtregelingen. Zeer weinig beroepsorganisaties beschikten anno 1996 over een apart kwaliteitsbeleidsplan, zoals hiervoor omschreven in paragraaf 3.1. Aan deze stand van zaken is ruim een half jaar later (in 1997) bij de meesten weinig veranderd, zo bleek uit de interviews. Enkele organisaties hebben in hoog tempo reglementen ontwikkeld, maar veel organisaties zijn zich gaan beraden over een beleid ten aanzien van kwaliteit en het nut of de noodzaak daarvan. Er is sprake van een herbezinning.

### **3.2.1 Herbezinning**

Ongeveer een kwart van de verenigingen is ver gevorderd, zoals ook uit de vorig jaar gehouden enquête bleek. Zij hebben de laatste jaren veel reglementen en criteria ontwikkeld. Bij een enkeling is zelfs een kwaliteitshandboek bijna gereed. Zij zijn volgens de geïnterviewden nu toe aan het maken van behandelprotocollen en aan bewaking van de kwaliteit bijvoorbeeld via herregistratie en de eisen die daarbij worden gesteld. De meerderheid is nog niet zover.

Bijna de helft van de geïnterviewden meldt dat men zich opnieuw beraadt over plannen ten aanzien van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. Er worden speciale kwaliteitscommissies ingesteld, men werkt aan een bewustwordingsproces binnen de vereniging en men beraadt zich op het aanscherpen en verhogen van de kwaliteitseisen. Deze heroriëntatie betreft vaak niet alleen het kwaliteitsbeleid maar de gehele functie en structuur van de beroepsvereniging. Daarbij komen vragen aan de orde als:

- wat is het doel van onze vereniging?
- willen wij een professionele beroepsorganisatie zijn of een vereniging van geïnteresseerde leden?

- willen wij als bestuur verantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteitscontrole van onze leden?
- willen wij wel of niet aansluiten bij een overkoepelende koepelorganisatie en zo ja bij welke?

Deze herbezinning leidt bij een minderheid van de beroepsverenigingen tot een instabiele situatie waarin men veranderingen overweegt of zoekende is, zoals de volgende citaten illustreren:

*'Momenteel vindt een herbezinning plaats ten aanzien van de taken van de koepelorganisatie. Er is een beleidsplan in de maak voor de periode 1998-2004. In grote lijnen zal ernaar gestreefd worden een aantal taken van de lidverenigingen over te hevelen naar de koepelorganisatie.'*

*'Er zijn nogal wat ontwikkelingen gaande. Mede door de statutenwijziging is er het laatste half jaar een stroomversnelling ontstaan. Toen we de doelstellingen eenmaal gewijzigd hadden ontdekten we dat we protocollen moesten maken en mensen moesten zoeken voor alle commissies. Daar zijn we nu mee bezig.'*

*'De stichting is nu zowel een opleidingsinstituut als een beroepsvereniging in één. Dat gaf onduidelijkheid. Er wordt nu gestreefd naar een splitsing tussen opleiding en beroepsvereniging.'*

*'Formeel zijn we een beroepsvereniging maar dat kunnen we niet waarmaken. Er is besloten om ons nu om te vormen tot een brede vereniging die vooral het werkteerrein gaat stimuleren. Mogelijk wordt er ook een dochterorganisatie opgericht die zich vooral met de therapeuten bezig gaat houden en met een kwaliteitsbeleid. We zijn zoekende.'*

*'Veel leden verwachten dat we een beroepsorganisatie zijn en bijvoorbeeld gaan onderhandelen met verzekeraars. Vaak worden behandelingen niet direct vergoed maar alleen vanuit een andere professie (bijvoorbeeld fysiotherapie of logopedie). Volgens de statuten behartigt de vereniging de belangen van haar leden. Maar wij kunnen niet verantwoordelijk zijn voor leden met een opleiding die wijzelf nauwelijks kennen.'*

*'We zijn begonnen met 70 leden, dat zijn er nu 40. Daarvan willen er hooguit 10 verder professionaliseren. Sommige van de huidige leden zijn enthousiast over de plannen maar het merendeel reageert niet. Het leeft niet zo. Als er zo weinig belangstelling is kan ik niet verder. Misschien moeten we zeggen dat de therapie alleen in huiselijke kring uitgeoefend mag worden met een soort amateurstatus. Dat moet nog blijken.'*

De conclusie is dat herbezinning op het kwaliteitsbeleid vaak leidt tot meer fundamentele vragen ten aanzien van de doelstellingen van de vereniging of de positie die de beroepsgroep in de toekomst wil gaan innemen.

De verenigingen die hun functie niet ter discussie stellen of deze fase reeds achter de rug hebben concentreren zich op de invulling van een of meerdere onderdelen van het kwaliteitsbeleid, bijvoorbeeld het ontwikkelen van een klachtenreglement of het instellen van een beroepsregister.

Uit de interviews bleek dat de meerderheid nog geen ervaring had met het implementeren van een kwaliteitsbeleid omdat men nog niet zover was. We herinneren

eraan dat implementatie centraal staat in het onderhavige onderzoek. In de interviews met deze organisaties zijn wij daarom vooral ingegaan op de overwegingen die een rol speelden bij het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid en de plannen die men had ten aanzien van de toekomstige implementatie.

### 3.2.2 Overwegingen bij de prioriteitenstelling

Veel beroepsverenigingen beraden zich over het aanscherpen en verhogen van de kwaliteitseisen om daarmee de hele beroepsvereniging op een hoger niveau te brengen. Ongeveer de helft van de verenigingen richt zich daarbij op de eisen die door een koepelorganisatie of registratie-instituut worden gesteld. Verenigingen zijn bijvoorbeeld ook van plan Europese normen te gaan invullen omdat men streeft naar een Europees diploma.

Enerzijds zegt men gestimuleerd te worden door de aandacht die bijvoorbeeld de ANG en RING aan kwaliteit besteden. Anderzijds plaatst de verscheidenheid aan eisen hen voor moeilijke dilemma's: ANG en de RING stellen verschillende eisen die ook weer verschillen van Europese normen. Omdat onzeker is welke status deze (overkoepelende) organisaties zullen gaan verwerven is het voor beroepsverenigingen lastig om hun keuze te bepalen, aldus de geïnterviewden.

De andere helft van de verenigingen richt zich in eerste instantie niet op eisen van koepelorganisaties maar vaart een eigen koers. Enkele geïnterviewden merken op dat zij zich niet bij een koepel aansluiten omdat zij hun behandelwijze beslist niet als alternatief beschouwen. De plannen komen er op neer dat men het referentiekader stapsgewijs in wil gaan vullen (zie hoofdstuk 1) of verder gaat met de activiteiten die reeds in gang waren gezet (het formuleren van criteria of het ontwikkelen van reglementen).

Het opleidingsniveau is vaak een eerste aandachtspunt. Men beraadt zich op de eisen die aan de opleiding moeten worden gesteld of is van plan een landelijk examen in te stellen om zo het niveau van de leden gelijk te trekken. Enkele organisaties zeggen geen invloed op de opleiding te hebben omdat deze door één trainer wordt gegeven; de kwaliteit van deze trainer is overigens bij iedereen bekend, zo wordt opgemerkt.

Dat de opleidingen zo centraal staan in het toekomstige kwaliteitsbeleid wordt bevestigd door de prioriteiten die worden gesteld. Zie tabel 3.1.

Tabel 3.1 Eerste prioriteit in het beleid bij 40 beroepsorganisaties

opleidingseisen, bij- en nascholing	10
criteria en normen ontwikkelen	5
kwaliteit van diagnostiek en therapeutisch handelen	4
invullen van de ANG-normen	3
structuur en functie van de vereniging	3
erkenning of integratie van de geneeswijze	3
invullen van Europese normen	3
beroepsprofiel	3
klachtenbehandeling	2
intervisie	1
mondelinge afspraken op schrift stellen	1
kwaliteitsbewaking	1
wetenschappelijk onderzoek	1

Een kwart van de verenigingen richt zich in eerste instantie op (het verhogen van) de eisen die worden gesteld aan opleiding, bij- en nascholing. Opleidingseisen spelen ook een grote rol bij het invullen van ANG- of Europese eisen. Men is normstellend bezig. Ten tweede zijn er relatief veel verenigingen die prioriteit geven aan de vakinhoudelijke

ontwikkeling van diagnostiek of therapie. Ook erkenning van de therapie heeft bij drie verenigingen prioriteit. Een geïnterviewde merkt op: *'prioriteit in het huidige beleid is de verdere ontwikkeling van de geneeswijze en de integratie in de reguliere gezondheidszorg. De afgelopen jaren stond in het kwaliteitsbeleid de beroepsuitoefening centraal en werden door de leden kwaliteitscriteria geformuleerd. Zo werden ondermeer richtlijnen voor de praktijkvoering opgesteld, werd een register ingesteld en werd een aantal medische cursussen georganiseerd. Als vervolg staat nu de inhoud van de geneeswijze centraal.'*

De overige prioriteiten zijn divers van karakter (beroepsprofiel, klachtenregeling, intervisie).

Uitzonderingen daargelaten wijzen de prioriteiten er in zijn algemeenheid op dat de meerderheid van de verenigingen van plan is eerst de fundamenten van het beroep goed te regelen en aan normen te binden: *'we kwamen erachter dat we ons beroep nog niet eens hadden omschreven'*. Recente vormen van kwaliteitsbewaking (toetsing en visitatie) hebben niet de eerste prioriteit. Bij het woord kwaliteit wordt daar ook niet in eerste instantie aan gedacht, zo bleek uit de interviews. Eén geïnterviewde van een kleine vereniging merkt op: *'Kwaliteitsbeleid dat zijn denk ik drie dingen: ten eerste de opleiding en de eisen die je daar aan stelt, ten tweede de nascholing en ten derde een tuchtcommissie'*. Deze uitspraak weerspiegelt de traditionele opvatting: 'dat kwaliteit gewaarborgd is als de professional goed is opgeleid en zijn vak bijhoudt'. Pas sinds kort (negentiger jaren) is daaraan toegevoegd dat de beroepsuitoefening ook systematisch zou moeten worden getoetst en verbeterd, en dat de kwaliteit inzichtelijk zou moeten zijn voor derden.

### 3.2.3 Kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering

De kwaliteitstoetsing bij de beroepsverenigingen is nu vooral een 'ingangsccontrole' via de eisen verbonden aan het lidmaatschap of het beroepsregister. Vaak wordt het aspirant lid daarbij persoonlijk beoordeeld door het bestuur of een ballotagecommissie. Veel verenigingen hebben plannen om de kwaliteitsbewaking via een systeem van herregistratie te gaan regelen. Daarnaast meldt men dat een ondergrens bewaakt wordt via tuchtrecht of klachtenregelingen.

Bij enkele beroepsverenigingen is intervisie of supervisie gebruikelijk of verplicht. Met behulp van het CBO zullen de komende jaren andere vormen van kwaliteitsbevordering of kwaliteitstoetsing ontwikkeld worden. Over de relevantie hiervan wordt verschillend gedacht, getuige de volgende citaten:

*'We willen toe naar een systeem van visitatie bij bestaande leden en bij twijfel ook bij nieuwe leden. Tot dusver hebben we daar protocollen voor opgesteld. Met behulp van het CBO willen we nu de mensen gaan trainen die de visitaties gaan doen'*.

*'Binnen de vereniging aarzelt men over de relevantie van intercollegiale toetsing. Misschien is een vorm van intervisie of visitatie meer geschikt. Ook nu al worden moeilijke gevallen met elkaar besproken en worden ervaringen uitgewisseld. Intercollegiale toetsing lijkt een omslachtige methode'*.

*'De term 'intercollegiale toetsing is misleidend': het gaat niet om toetsing maar om het verbeteren van de zorg in onderling overleg'*.

*'Het gevaar bestaat dat intercollegiale toetsing en visitatie doelen op zich worden.'*

*Het zijn geen doelen het zijn middelen. Eerst moet er beleid zijn: wat is de kwaliteit die je wilt bereiken. Daarna ga je kijken hoe je dat kan realiseren'.*

*'Het gaat er niet alleen om hoe we elkaar gaan beoordelen, maar vooral ook hoe we elkaar kunnen stimuleren'*

*'Naleving van de normen is wel een taak van de vereniging. Niet zozeer dat je een controlerende taak hebt en dat de vereniging bijvoorbeeld echt visitaties zou moeten gaan doen. Wel kunnen collega's op regionaal niveau intervisieclubjes gaan organiseren om hun vak meer inhoud te geven. Je kunt altijd iets leren'*

De conclusie is dat enkele beroepsverenigingen al een keuze hebben gemaakt voor toetsing of visitatie. Meer verenigingen opteren eerst voor een systeem van herregistratie. Voor de meeste beroepsverenigingen staat het nog niet vast welke vorm van kwaliteitsbevordering of toetsing (of beide) voor hen het meest geschikt is. Men weegt de voor- en nadelen af en bezint zich op de relevantie en de uitvoerbaarheid van dergelijke toetsende of kwaliteitsbevorderende activiteiten.

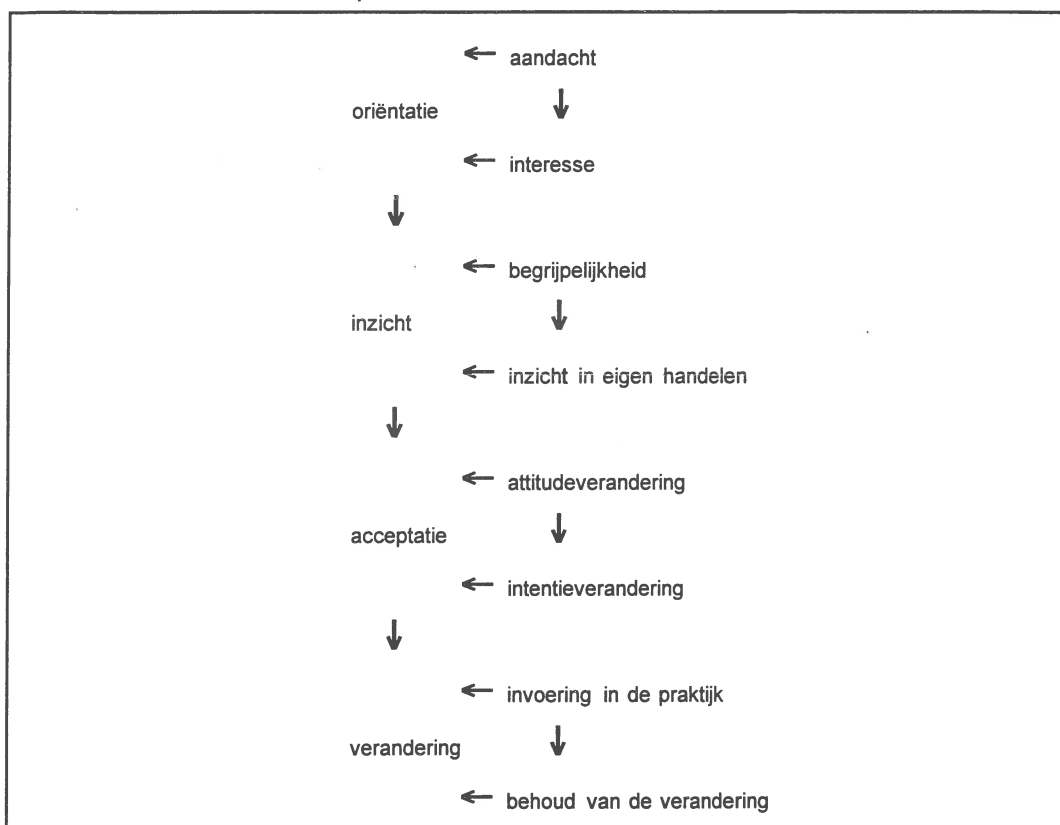
#### **3.2.4 Implementatie**

Implementatie betekent letterlijk het doorvoeren van veranderingen of vernieuwingen. De vernieuwing is in dit geval het kwaliteitsbeleid en doorvoeren betekent dat de implementatie geslaagd is als alle leden van de vereniging het kwaliteitsbeleid accepteren en navolgen. Uit onderzoek is bekend dat dit proces in een aantal fasen verloopt, zoals geïllustreerd wordt in het model van Grol e.a. (1994) in schema 3.2.

Toegepast op het kwaliteitsbeleid betekent dit model dat de implementatie daarvan vier fasen kent. De eerste fase is de oriëntatie op het kwaliteitsbeleid, dat wil zeggen dat de interesse van de leden moet worden gewekt. Het is de fase van bewustwording. Dan volgt de tweede fase waarin de leden inzicht krijgen in wat het kwaliteitsbeleid precies voor hun eigen handelen betekent. In de derde fase gaat het om de acceptatie van het beleid, dat wil zeggen dat de leden een positieve attitude ten aanzien van het beleid ontwikkelen. Tenslotte volgt in de vierde fase de verandering, dat wil zeggen dat de leden hun eigen werkwijze aanpassen aan de eisen die in het kwaliteitsbeleid worden gesteld. Deze implementatie-cyclus zal steeds opnieuw doorlopen worden om kwaliteitsverbeteringen, voortvloeiend uit het zich ontwikkelende kwaliteitsbeleid, te realiseren.

Voor het bereiken van deze doelstellingen blijken aanzienlijke inspanningen nodig, zo blijkt uit onderzoek (Grol e.a. 1994). Leden moeten worden geïnformeerd over het kwaliteitsbeleid, zij moeten ervan overtuigd worden dat het beleid (op den duur) voordelen voor hen oplevert en zij moeten worden gestimuleerd om hun gedrag in de gewenste richting te veranderen.

Schema 3.2 Fasen in de implementatie



Gevraagd naar de implementatie van het kwaliteitsbeleid bij de geïnterviewde beroepsverenigingen wordt het meest frequent genoemd dat het beleid gepubliceerd wordt in het verenigingsblad en wordt besproken op de Algemene Leden Vergadering. Daarnaast worden andere kanalen gebruikt zoals tabel 3.2 laat zien.

Tabel 3.2 Implementatie van het kwaliteitsbeleid bij 40 verenigingen

verenigingsblad, nieuwsbrief of mailing	14
algemene ledenvergadering	12
informatie bij aanmelding van nieuwe leden	7
mondeling overleg met de leden	7
inschakelen van regio-coördinatoren of kaderleden	6
meningspeiling van de leden via referendum of enquête	6
nog niet aan de orde	5
leden worden geacht op de hoogte te zijn	1

Naast het verenigingsblad en de ALV wordt vaak gemeld dat de leden bij aanmelding een informatiemap ontvangen met alle geldende regels. Bij kleine verenigingen vindt vaak mondelinge overdracht plaats. Men merkt daarbij op dat implementatie geen probleem is omdat iedereen elkaar kent en alles in onderling overleg wordt vastgesteld. In grotere verenigingen wordt het regio-overleg gebruikt om het kwaliteitsbeleid te implementeren of wordt een dergelijke regiostructuur in het leven geroepen. Men merkt op dat de medewerking van alle leden nodig is en dat daar de nodige energie in gestoken moet worden. Een organisatie heeft ervaren dat de implementatie in fasen verloopt: *'Vanaf het begin hebben wij geprobeerd de leden te informeren en te motiveren. In het begin is men enthousiast maar daarna ontstaat er weerstand en wordt het kwaliteitsbeleid beschouwd als bureaucratie. Je moet de mensen door die*



*weerstandsfase heen trekken. Dan ziet men wat het oplevert en is men er blij mee'.*

Enkele verenigingen hebben een enquête gehouden met de vraag wat de leden het meest belangrijk vinden. Dat heeft het bestuur vervolgens als eerste prioriteit aangewezen, zodat men verwacht dat de implementatie geen problemen zal geven omdat het aansluit bij wat de leden willen. Tenslotte meldt één geïnterviewde dat een aparte stichting in het leven geroepen wordt voor alles wat met kwaliteitsbewaking en -bevordering te maken heeft.

De conclusie is dat zowel schriftelijk als mondeling wordt geprobeerd het kwaliteitsbeleid onder de aandacht van de leden te brengen. Ook ziet men aanpassingen van de infrastructuur om de communicatie binnen de vereniging te verbeteren. Door een minderheid wordt het oordeel van de leden gepeild of is hun oordeel beslissend, zoals in het geval van een referendum. Vergelijkbare activiteiten worden ook bij de paramedische beroepsverenigingen ondernomen, zoals recent onderzoek laat zien (Sluijs e.a., 1997).

### **3.2.5 Problemen bij de implementatie**

Een minderheid van de verenigingen verwacht geen problemen bij de implementatie. Hiervan melden de kleine verenigingen dat er korte communicatielijnen bestaan en dat iedereen de regels kent en dat men een hechte ploeg vormt. Ook enkele grote verenigingen melden dat de leden al in de opleiding gewend zijn aan hoge eisen en dat zij zeer gemotiveerd zijn om zich op basis van kwaliteit te onderscheiden. Eén vereniging verwacht geen problemen omdat men weinig aanvullende eisen stelt aan de leden die allemaal regulier opgeleid zijn.

De meerderheid ziet wel problemen bij de (toekomstige) implementatie van het kwaliteitsbeleid. Ten eerste verwacht men dat de implementatie lang zal duren omdat er veel tijd mee is gemoeid en de financiën ontbreken. Ten tweede merkt men op een vereniging te zijn op basis van vrijwilligheid, het bestuur heeft geen bevoegdheden of sanctiemogelijkheden. Ten derde is het moeilijk alle leden voor het kwaliteitsbeleid te motiveren onder andere omdat men het belang ervan (nog) niet inziet of bang is voor het verlies van vrijheid. De volgende citaten geven hier blijk van.

*'Er is geen budget en er is weinig ondersteuning. Alles komt neer op de schouders van het bestuur, in vrije tijd en onbetaald'.*

*'Bij de implementatie moet bedacht worden dat de vereniging een vrijwilligersorganisatie is. Er is geen hiërarchie en geen sanctiemogelijkheden'.*

*'Ik denk dat het moeilijkste is om voeling met de leden te houden en daar aansluiting bij te zoeken. Op het moment dat je iets verzint dat geen aansluiting heeft bij de leden, dan krijg je het nooit voor elkaar'.*

*'Er is nog geen continuïteit in het geheel. Van de 25 regiogroepen draaien er tien zonder meer goed, zeven nauwelijks en de rest zit er tussen in. We zouden graag beschikken over een wetenschappelijk bureau dat de groepen kan aansturen'.*

*'Belemmerend voor de implementatie is het verlies van individuele vrijheid dat daarmee gepaard gaat. Denk bijvoorbeeld aan het naleven van richtlijnen en standaarden. Vrijheid was echter bij veel leden een belangrijke motivatie om dit beroep te kiezen. Met het implementeren van het kwaliteitsbeleid wordt deze*

*vrijheid voor een deel afgenomen'.*

De conclusie is dat een minderheid van de geïnterviewden geen problemen bij de implementatie verwacht omdat men al jaren probeert zich op kwaliteit te profileren. De meerderheid denkt dat de implementatie van een kwaliteitsbeleid niet vanzelf zal gaan. Men verwacht dat aanzienlijke inspanningen nodig zijn om het beleid geaccepteerd te krijgen. In de interviews zijn nog nauwelijks oplossingen voor de hier gesignaleerde problemen aangedragen, mede omdat men daar nog geen ervaring mee heeft.

### **3.3 Samenvatting en conclusies**

In dit hoofdstuk is getracht antwoord te geven op de volgende vragen: Hoever zijn de beroepsverenigingen met het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid en welke prioriteiten worden daarin gesteld? Hoe gaat men te werk bij de implementatie van dat beleid en welke problemen doen zich daarbij voor?

De gegevens laten zien dat een minderheid ver gevorderd is met de ontwikkeling van een kwaliteitsbeleid. Bij de meerderheid verkeert deze ontwikkeling in een pril stadium of moet het beleid nog ontwikkeld worden. Veel verenigingen zijn wel van plan een dergelijk beleidsplan te gaan maken. Het CBO zal de beroepsverenigingen daarbij de komende jaren assisteren en zal op gezette tijden werkconferenties organiseren waarin een opzet voor een dergelijk beleidsplan kan worden gemaakt (Visser, 1997).

Bijna de helft van de beroepsverenigingen bevindt zich in een stadium van heroriëntatie. De discussies over een kwaliteitsbeleid geven aanleiding tot meer fundamentele vragen over de functie en doelstellingen van de vereniging. De meest fundamentele vraag die zich aandient is: kiest men voor een professionele beroepsorganisatie met alle regelgeving van dien, of verenigt men zich vanwege de inhoudelijke interesse in de genees- of behandelwijze. Deze heroriëntatie heeft bij deze beroepsverenigingen geleid tot een instabiele situatie waarbij bestaande structuren op de helling worden gezet en nieuwe verbintenissen met (koepel)organisaties worden aangegaan. De uitkomsten van deze herbezinning zullen te zijner tijd in de beleidsplannen zichtbaar worden.

Bij deze heroriëntatie spelen twee overwegingen een belangrijke rol. Het wel of niet aansluiten bij een Nederlandse of Europese overkoepelende organisatie en (verwant daarmee) de opleidingseisen. Het afwegen van de voor- en nadelen van deze keuzes is complex, ten eerste omdat de overkoepelende organisaties verschillen in de (opleidings)eisen die men stelt en ten tweede omdat onzeker is welke status de overkoepelende organisatie zich zal gaan verwerven. Hoewel dit geen nieuw probleem is in het alternatieve veld gaan de keuzes zwaarder wegen omdat de overkoepelende organisaties beroepsregisters zijn gaan instellen. De betekenis en impact van de verschillende beroepsregisters is nog niet duidelijk.

De prioriteiten die de verenigingen stellen weerspiegelen twee sporen, het accent ligt op de (opleiding van de) beroepsbeoefenaar of op de inhoud van het vak. Bij de meeste verenigingen ligt veel accent op de opleiding, bij- en nascholing en de eisen die daaraan door overkoepelende organisaties worden gesteld. Relatief veel verenigingen geven prioriteit aan de verdere ontwikkeling van de therapie en de erkenning daarvan; het accent ligt op vakinhoudelijke ontwikkelingen. Kwaliteitstoetsing of visitatie wordt niet als eerste prioriteit genoemd, men is meer normstellend bezig. De meeste

verenigingen beraden zich nog over de gewenste vorm van kwaliteitsbewaking en bevordering. Of het accent daarbij komt te liggen op kwaliteitsbewaking (bijvoorbeeld via herregistratie) of op kwaliteitsbevordering (bijvoorbeeld via intercollegiale toetsing) of op beide aspecten is nog niet duidelijk, evenmin als de voor- en nadelen daarvan en de uitvoerbaarheid. Het CBO zal de beroepsorganisaties ondersteunen bij het maken van keuzes.

Ervaringen met de implementatie van een kwaliteitsbeleid (als samenhangend geheel) zijn nog nauwelijks voorhanden omdat dat beleid bij de meeste verenigingen nog ontwikkeld moet worden. De geplande strategieën wijken in grote lijnen niet veel af van de manieren waarop men ook nu veranderingen of vernieuwingen in de vereniging introduceert. De kanalen die het meest worden genoemd zijn het vakblad van de vereniging, de Algemene Leden Vergadering, de informatiemap bij aanmelding en verspreiding via de infrastructuur van de vereniging (regio of kaderbijeenkomsten). Incidenteel wordt een meningspeiling onder de leden gehouden. De plannen van de beroepsverenigingen komen voornamelijk neer op het verstrekken van informatie aan de leden om een bewustwordingsproces op gang te brengen.

Een minderheid van de verenigingen verwacht geen problemen bij de implementatie, de meerderheid wel. Een gebrek aan tijd, geld en ondersteuning wordt frequent genoemd. De acceptatie van het kwaliteitsbeleid door de leden lijkt een van de grootste bottlenecks. De aan het kwaliteitsbeleid verbonden regelgeving perkt de individuele vrijheid van de beroepsbeoefenaar in en de besturen hebben geen bevoegdheden of sancties om het beleid af te dwingen. De conclusie is dat niet luchthartig over implementatie wordt gedacht, maar dat nog geen ervaringen zijn opgedaan met oplossingen voor de verwachte knelpunten.

Tot slot, dit hoofdstuk heeft laten zien dat de ontwikkeling van een apart kwaliteitsbeleid bij velen nog in een pril stadium verkeert. Dit neemt niet weg dat de beroepsverenigingen op veel afzonderlijke onderdelen wel beleid hebben ontwikkeld en bezig zijn met de implementatie daarvan. Bijvoorbeeld ten aanzien van de opleiding, de bij- en nascholing, het beroepsregister, de beroepsprofielen, de klachtenregelingen enzovoorts. Per onderdeel blijken specifieke acties te worden ondernomen en dienen zich ook specifieke problemen aan. In de hierna volgende hoofdstukken wordt nader op deze onderdelen ingegaan.

## 4 OPLEIDING, BIJ- EN NASCHOLING

### 4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk is gewijd aan opleiding en bij- en nascholing (paragraaf 4.2 en 4.3). De eisen die de beroepsvereniging aan de gevolgde opleiding en de bij- en nascholing stelt vormen een eerste waarborg voor de kwalificaties van de aangesloten leden. Van een beroepsvereniging wordt in dit opzicht verwacht dat zij duidelijk maakt wat deze eisen inhouden en hoe ervoor wordt gezorgd dat de eisen worden nageleefd, zo luidt de norm in het referentiekader. Indien lidmaatschapseisen duidelijk zijn en worden nageleefd is de implementatie voltooid. In dit hoofdstuk kijken we hoe de verenigingen hierbij te werk gaan en welke problemen zich daarbij voordoen.

De leidraad in dit hoofdstuk (en in de volgende hoofdstukken) wordt gevormd door twee vragen die de cruciale stappen in de implementatie weerspiegelen, namelijk:

- kennis en oordeel: dat wil zeggen, zijn de leden op de hoogte van de opleidingseisen en hoe staan zij daar tegenover?;
- naleving: houdt men zich aan de opleidingseisen en wie gaat dat na?.

In de interviews is geprobeerd antwoord op deze twee vragen te krijgen.

In dit onderzoek ging het uitsluitend om de opleidingseisen die de beroepsvereniging aan haar leden stelt. Tijdens de interviews bleek dat veel beroepsverenigingen daarnaast ook eisen aan de opleidingsinstellingen stellen. Daarom zal dit aspect hierna ook aan de orde komen.

### 4.2 Opleidingseisen

Uit de vorig jaar gehouden enquête bleek dat nagenoeg alle beroepsverenigingen eisen stellen ten aanzien van de gevolgde opleiding in de alternatieve genees- of behandelwijze. Daarnaast stelt 79% van de verenigingen eisen aan de reguliere opleiding van de leden, variërend van MAVO t/m universitair. De helft van de beroepsorganisaties laat uitsluitend leden toe met een reguliere vooropleiding op HBO of arts-niveau.

Ditzelfde beeld komt naar voren in de interviews: 38 van de 40 geïnterviewde verenigingen stellen eisen aan de alternatieve opleiding van de leden, twee van hen doen dat niet. De meeste verenigingen vragen een voltooide opleiding aan een door hen erkend opleidingsinstituut. Zeven verenigingen melden dat zijzelf de opleiding van nieuwe leden verzorgen. In twee gevallen betekent dat dat de trainer of therapeut nieuwe leden begeleidt en op die wijze de opleiding verzorgt. Hoewel de meerderheid van de verenigingen de toelatingseisen op schrift heeft gesteld betekent dat niet dat daarmee automatisch inzicht wordt verkregen in de zwaarte van de opleiding. Daartoe zouden de curricula van de opleidingen bestudeerd moeten worden, hetgeen buiten het bestek van deze studie valt.

De eisen ten aanzien van de reguliere opleiding vertonen meer variatie: bij 28 van de geïnterviewde verenigingen is een reguliere opleiding vereist, waarvan 13 op wettelijk HBO of arts-niveau. Bij 10 verenigingen worden geen reguliere opleidingseisen gesteld

en bij 2 verenigingen bleef dit onduidelijk.

De reguliere opleidingseisen worden niet altijd door de verenigingen zelf gesteld. Het zijn vaak de opleidingsinstituten die een reguliere opleiding vereisen. Een diploma van het opleidingsinstituut betekent dan automatisch dat men de vereiste reguliere opleiding heeft. Dit betekent dat bewaking van het reguliere opleidingsniveau bij veel verenigingen als het ware aan de opleidingsinstituten is gedelegeerd. Voor de lidverenigingen van de ANG zal dit gaan veranderen omdat het registratie-instituut van de ANG zelf het reguliere en alternatieve opleidingsniveau gaat bewaken.

Beroepsverenigingen stellen ook eisen aan opleidingsinstituten c.q. de opleiders, voor zover men daar invloed op heeft. Bij een derde van de beroepsverenigingen is er een nauwe verwevenheid tussen de vereniging en het opleidingsinstituut. Dit betekent dat de vereniging de inhoud van de opleiding in grote mate kan bepalen. Bij eveneens een derde van de verenigingen is het opleidingsinstituut onafhankelijk, maar probeert de vereniging wel invloed op de opleiding uit te oefenen. Bijvoorbeeld door de opleidingen te toetsen en deze al dan niet te erkennen. De overige geïnterviewden maakten geen gewag van hun bemoeienis met de opleidingen.

In het vorige hoofdstuk werd gesignaleerd dat het verhogen of verzwaren van de opleidingseisen hoge prioriteit heeft bij veel verenigingen, en dat daar de laatste jaren veel energie in is of wordt gestoken. Dit geldt vooral ook voor de verenigingen waarvan de leden niet als arts of paramedicus zijn opgeleid. Uit de interviews blijkt dat twee activiteiten worden ondernomen:

Ten eerste wordt getracht de opleiding zelf te verzwaren. De opleiding wordt verlengd, er worden hogere eisen gesteld aan de reguliere vooropleiding, er wordt meer medische basiskennis aan het pakket toegevoegd om te voldoen aan eisen van Nederlandse of Europese koepelorganisaties of om een HBO-niveau te bereiken.

Ten tweede worden de lidmaatschapseisen van de vereniging evenredig opgehoogd. Dit geldt dan met name voor de nieuwe leden. Voor zittende leden is vaak sprake van overgangsregelingen en worden aanvullende na- en bijscholingscursussen georganiseerd. Eén geïnterviewde meldt dat ook de zittende leden drie jaar lang zijn bijgeschoold in medische kennis om aan de nieuwe opleidingseisen te voldoen. De volgende citaten illustreren welke acties ter verzwaring van de opleiding worden ondernomen.

*'De opleidingseisen zijn geactualiseerd om een betere aansluiting bij de reguliere zorg mogelijk te maken. Voor zittende leden is een bijscholingsprogramma van drie jaar ontwikkeld en inmiddels afgerond. De nieuwe opleidingsprofielen zijn vergeleken met de curricula en in zijn algemeenheid waren de opleidingen bereid hun curricula aan te passen.'*

*'We zijn collectief een upgradingsproces begonnen. Alle leden zijn in een opleiding van drie jaar gestapt om het hele niveau van alle aangesloten leden omhoog te krikken. Dat doen we in verband met onze Europese organisatie waarbij we zijn aangesloten.'*

*'Om goed op te kunnen starten was het aanvankelijk belangrijk om flink wat leden en financiële armslag te krijgen. Het kwaliteitsniveau van de leden onderling is nogal verschillend. De laatste jaren beginnen we dat gelijk te trekken. Een aantal van onze leden heeft geen specifieke medische vooropleiding gehad, maar wel vaak vakken als anatomie. Op ons verzoek heeft één opleiding nu een leerplan*

*medische basiskennis opgesteld.'*

*'Er zijn in de organisatie leden die niet helemaal voldoen aan wat er op papier staat. Vandaar dat er een overgangsregel is.'*

*'Er bestaan bij ons veel verschillende visies op de opleidingseisen. Daarom wordt vanuit de vereniging een nieuwe opleiding gestart, naar verwachting de enig erkende opleiding in Nederland.'*

De conclusie is dat verenigingen twee wegen bewandelen om het niveau van de beroepsgroep op te trekken: enerzijds via het verzwaren van de opleiding zelf zodat nieuwe leden een hoger niveau hebben, anderzijds via bijscholing van de zittende leden, zodat ook zij op den duur dit hogere niveau bereiken. Bijna altijd is dit een lange termijn beleid en is er sprake van overgangsregelingen voor de zittende leden.

Buiten datgene wat de verenigingen zelf doen aan het verzwaren van de opleidingen zijn enkele (overkoepelende) instanties al jaren bezig met het doorlichten en in kaart brengen van opleidingen in een poging tot regulering te komen. Deze ontwikkelingen blijven in dit rapport buiten beschouwing.

#### **4.2.1 Kennis en oordeel**

Volgens alle geïnterviewden zijn de leden op de hoogte van de toelatingseisen. Bij aanmelding krijgt men een informatiemap waarin alle regels zijn vermeld, er is een aanmeldingsbrochure en vaak kende men de eisen al vanuit het opleidingsinstituut.

Het oordeel van nieuwe leden over de toelatingseisen is geen punt van discussie, omdat men vrij is zich al of niet bij de vereniging aan te sluiten, zo melden de geïnterviewden. Het verhogen van de eisen voor zittende leden daarentegen wordt bij een minderheid met enthousiasme ontvangen - *'men accepteert de eisen omdat men een Eurocertificaat wil'* - bij de meerderheid geeft de verhoging op zijn minst stof tot discussie.

Enkele verenigingen voeren een min of meer expliciet implementatiebeleid om het nieuwe beleid te introduceren en geaccepteerd te krijgen. Men publiceert alle plannen stapsgewijs in het bulletin of nieuwsblad en geeft leden de gelegenheid daarop te reageren. Het nieuwe beleid wordt besproken in de Algemene Leden Vergadering en soms ook in regionale overlegorganen of commissies. Eén vereniging houdt een referendum onder alle leden wanneer ingrijpende wijzigingen in het beleid van de vereniging plaatsvinden. Soms is dit alles voldoende om het beleid geaccepteerd te krijgen, soms moet er water bij de wijn en moeten oplossingen of compromissen worden gevonden. Deze liggen niet in het afzwakken van de eisen maar veeleer in het differentiëren van het lidmaatschap in aspirant leden en volwaardige leden. Incidenteel wordt ook een categorie leden onderscheiden die de geneeswijze uitsluitend in huiselijke kring toepast. Bij één vereniging kent men zelfs A, B, C, en D-leden, waaraan gedifferentieerde eisen worden gesteld, oplopend in zwaarte. Bijna altijd is er sprake van overgangsregelingen.

Enkele verenigingen komen voor fundamentele dilemma's te staan, zoals in het volgende geval:

*'Er waren nieuwe toelatingscriteria ontwikkeld en besproken binnen de vereniging. We vragen ons nu af of een toelatingsbeleid wel haalbaar is. Het probleem is dat er in Nederland geen opleiding bestaat. Men schoolt zich via cursussen en trainingen. Er zijn wel opleiders, maar er bestaan geen normen voor een eventuele formele erkenning. De opleiders volgen een verschillende*

*benadering. Als we de toelatingscriteria zouden hanteren zou misschien maar 30% van de leden daaraan voldoen. Die kan je er niet uitzetten want dan hou je maar een klein groepje over. We hebben wel besloten om even geen nieuwe leden toe te laten. De actieve groep leden wil nog altijd eisen stellen om zo de kwaliteit van de leden te garanderen. In het voorstel is sprake van een minimaal aantal opleidingsuren. Sommigen vinden dat teveel, anderen juist te weinig. In Duitsland waar wel een opleiding bestaat gelden veel hogere eisen. De onderlinge discussie gaat over de inhoud en de omschrijving van het vak: welke opleiding is nodig? Er is nooit gedefinieerd wat de therapie precies inhoudt. Als je eisen gaat stellen moet je dat natuurlijk eerst doen. Deze discussie is in het verleden te weinig gevoerd.'*

De conclusie is dat het verhogen van de opleidingseisen aanleiding kan geven tot zeer fundamentele vragen over de therapie en de toepassing daarvan. Dit zelfde verschijnsel doet zich ook voor bij de discussies over het toekomstige kwaliteitsbeleid, zoals in hoofdstuk 3 is beschreven.

#### 4.2.2 Naleving

Naleving betekent in dit geval dat de vereniging waarborgt dat de leden aan de toelatingseisen voldoen. Voor geen enkele beroepsvereniging levert dat problemen op. De methoden die worden gehanteerd om de toelatingseisen te controleren staan in tabel 4.1.

Tabel 4.1 Controle van toelatingseisen door 40 verenigingen

via het diploma van de erkende opleiding	18
via een (aanvullend) gesprek met de toelatingscommissie	9
het is bekend wie de opleiding voltooid hebben	5
overig	5
geen controle	3

Het vragen naar een diploma van een erkende opleiding is de meest eenvoudige manier om de toelatingseisen te handhaven. Bijna even vaak is er een speciale toelatings- of ballotage commissie in de vereniging. Deze houdt (aanvullend) een toelatingsgesprek om te zien of leden geschikt zijn en over de vereiste vaardigheden beschikken, terwijl soms ook op persoonlijkheidskenmerken of persoonlijke eigenschappen wordt gescreend. De verenigingen die zelf de opleiding verzorgen kennen de studenten, zodat een aanvullende toelatingscontrole niet nodig is. Drie verenigingen controleren niet omdat zij geen specifieke eisen stellen.

Geeft het handhaven van de huidige eisen geen problemen, die ontstaan wel zodra de zittende leden aan nieuwe verhoogde eisen moeten gaan voldoen. Dit betekent dat de aanvullende alternatieve en reguliere scholing op individueel niveau vastgesteld moet worden en te zijner tijd ook moet worden gecontroleerd. Twee ervaringen ter illustratie:

*'Zojuist zijn wij aangesloten bij de ANG. Om te gaan voldoen aan de eisen van hun registratieproject (minimaal HBO-niveau) bestaat een overgangsfase van vijf jaar.*

*De huidige opleidingen zijn nog geen HBO-opleidingen. Dat is dus een probleem. We inventariseren nu wat onze leden hebben gedaan en waar de lacunes zitten. Naar aanleiding daarvan wordt gekeken op welke onderdelen bijgeschoold moet worden om te komen tot een HBO niveau. Er is ook contact met de opleiding over*

*mogelijk hogere opleidingseisen. Ook over de vraag wie verantwoordelijk is voor het 'optrekken' (door aanvullende scholing) van het niveau van de beroepsbeoefenaren: de opleiding of de beroepsvereniging.'*

*'We hadden vroeger de afspraak dat iedereen die van de opleiding kwam lid mocht worden. Toen hadden we de opleidingseisen gedelegeerd aan de opleidingsinstituten. Dat betekende dat wij de opleidingsinstituten erkenden en onderzochten wat de kwaliteit van het opleidingsinstituut was. Daarmee krijg je een gedelegeerde verantwoordelijkheid. Dat is nu afgeschaft want sommige opleidingen keken met betrekking tot het instroomniveau ook wel eens door de vingers als er bijvoorbeeld plaatsen over waren. Om die reden balloteert de vereniging nu zelf iedere kandidaat.'*

De algemene conclusie is dat de verenigingen er naar eigen zeggen goed in slagen naleving van de lidmaatschapseisen te waarborgen, via de diploma's bij aanmelding of (aanvullende) screening door een toelatingscommissie.

### **4.3 Bij- en nascholing**

Om kwalitatief goede zorg te kunnen (blijven) leveren zijn bij- en nascholing van groot belang. Bijscholing is bedoeld om bestaande kennis op peil te houden of hiaten daarin op te vullen; nascholing is bedoeld om nieuwe kennis bij te brengen. In de vraaggesprekken werden bij- en nascholing meestal in één adem genoemd. Slechts een aantal geïnterviewden maakt wel een onderscheid. Zo vragen een aantal bij de ANG aangesloten organisaties van hun leden zowel bijscholing (namelijk in een aantal basisvakken, om zo op den duur te kunnen voldoen aan het door de ANG nagestreefde HBO-niveau van alle aangesloten beroepsbeoefenaren) en nascholing (namelijk in de eigen genees/behandelwijze).

Alle geïnterviewde organisaties hebben een zeker aanbod aan na- en bijscholing. De inhoud daarvan is wisselend en niet duidelijk omschreven. Sommige organisaties beschouwen intern georganiseerde bijeenkomsten (meestal rond een bepaald inhoudelijk onderwerp, maar in één geval werd ook de algemene ledenvergadering daaronder begrepen) als een vorm van bijscholing. Andere noemen cursussen georganiseerd door een externe instantie, vaak dezelfde die ook de beroepsopleiding verzorgt.

Ongeveer de helft van de geïnterviewde organisaties heeft het volgen van bij- of nascholing recent verplicht gesteld of is dat binnenkort van plan. De variatie in het vereiste aantal uren is groot, zoals de volgende opsomming laat zien: aanwezigheid bij minstens twee intern georganiseerde bijeenkomsten per jaar; 10 uur interne of externe nascholing per jaar; drie activiteiten per jaar; deelname aan genezersoverleg; twee dagen alternatieve plus twee dagen reguliere na- en bijscholing per jaar; 16 dagdelen per jaar, 56 dagdelen in vijf jaar als eis voor herregistratie.

In een aantal gevallen geldt de verplichting niet voor alle ingeschreven leden, maar alleen voor hen die in aanmerking willen komen voor een registratie in het beroepsregister of voor een door de organisatie uitgegeven certificaat.

Van de organisaties die de na- en bijscholing niet verplicht stellen, meldt een aantal dat de leden wel dringend wordt 'aangeraden' hun kennis op peil te houden en dat op vrijwillige basis ook veel aan nascholing wordt gedaan. Enkele organisaties hebben



plannen om in de toekomst eisen te gaan stellen. Soms moet het programma zelf nog verder worden uitgewerkt.

*'Maandelijks hebben we een trainingsvergadering. Iemand brengt dan een patiënt in en wordt vervolgens onder vuur genomen. Daarmee wordt ook getoetst wat de anderen weten. Het is een soort kruisverhoor. Het wordt gezien als interne scholing, waarbij kennis en informatie wordt doorgegeven.'*

*'Het bestuur gaat werkdagen organiseren voor de leden, één keer in de twee maanden. We stellen dat nog niet verplicht, want we willen eerst kijken hoe men daarop reageert. Mocht blijken dat iemand nooit komt, dan zullen we daar actie op ondernemen.'*

Eén van de geïnterviewde organisaties - aangesloten bij de ANG - meldt dat de nascholing (in de eigen geneeswijze) wel, maar bijscholing (in vakken als natuurgeneeswijzen en homeopathie) niet verplicht is.

#### 4.3.1 Kennis en oordeel

Voorzover dat uit de interviews valt op te maken, zijn de leden van de organisaties op de hoogte van de gestelde eisen, althans: kunnen daarvan op de hoogte zijn. In kleine verenigingen is dat vanzelfsprekend geen probleem, omdat vaak iedereen bij het opstellen van de eisen was betrokken. Ook in enkele grote organisaties zijn meningspeilingen gehouden. In grotere organisaties verloopt de berichtgeving bijvoorbeeld via het verenigingsblad, of staan de eisen in een map die bij toetreding tot de organisatie wordt uitgereikt. Soms verloopt de informatievoorziening gestructureerder.

*'Leden krijgen vijf keer per jaar een mailing met relevante informatie. Twee keer per jaar zijn er regiovergaderingen, waar zaken die te maken hebben met het kwaliteitsbeleid worden voorbesproken. Iedereen krijgt de notulen van de algemene ledenvergadering toegestuurd. Ten slotte maakt ieder lid deel uit van een werkgroep, die één keer in de zes weken bij elkaar komt. Daar worden deze zaken ook besproken. De meeste leden zijn dus op de hoogte.'*

*'Leden zijn op de hoogte van de verplichting tot bij- en nascholing via de nieuwsbrief, mailings, het verenigingstijdschrift, de regiogroepen, het beleidsplan en het vademecum.'*

Voor zover de bestuurders zich daarvan een oordeel kunnen vormen, staan de leden van ongeveer de helft van de organisaties positief tegenover de gestelde eisen op het gebied van bij- en nascholing: 'Men vindt het vanzelfsprekend', of: 'Men vindt het absoluut noodzakelijk'. In die organisaties staan de eisen niet ter discussie. Ook organisaties die nog geen verplichting kennen, verwachten dat eventuele toekomstige eisen zonder problemen aanvaard zullen worden omdat 'men nu ook al naar de bijeenkomsten gaat'.

*'Leden oordelen positief over de verplichting tot bij- en nascholing. Dit wordt nagegaan door middel van evaluatieformulieren die tijdens de cursussen uitgereikt worden en via de ledenvergadering.'*

Toch stuit het invoeren van stringente eisen op dit gebied ook op problemen. Zo kan het volgen van bij- en nascholing (te) veel tijd en geld kosten, zeker voor wie bij

meerdere beroepsverenigingen is aangesloten. Veel artsen zijn bijvoorbeeld lid van meer dan één bij de AAG aangesloten organisatie en moeten bovendien aan hun reguliere verplichtingen voldoen. Ook voor fysiotherapeuten en verpleegkundigen geldt dat zij zowel op het reguliere als op het alternatieve vlak voor na- en bijscholing moeten zorgen.

Afgezien van tijdsdruk verzetten in een aantal organisaties de leden zich uit principiële redenen tegen het verplicht stellen van bij- en nascholing, of tegen onderdelen daarvan. Men ziet de verplichting als een inbreuk op de eigen verantwoordelijkheid, of is van mening dat men heel goed zonder kan. Bij- en nascholing valt zwaar als leden van een vereniging een uiteenlopende achtergrond (en dus een uiteenlopend niveau van kennis) hebben. Vergelijking van de eisen van verschillende organisaties kan ook tot ontevredenheid leiden.

*'Leden oordelen verschillend over de eisen. Er zijn mensen die zeggen dat je in deze tijd aan herregistratie moet doen; anderen zeggen, we worden gedwongen ons in een richting te scholen waar we geen behoefte aan hebben. Wij hebben geprobeerd een middenweg te vinden door keuzemogelijkheden aan te bieden.'*

*'Als elke deelvereniging nascholing in de specifieke behandelwijze verplicht stelt, vraagt de som van al deze verplichtingen al snel een aanzienlijke investering in tijd en geld. Misschien betekent dit in de toekomst dat men maar van een beperkt aantal deelverenigingen lid kan zijn.'*

*'Er is een kleine groep leden die sputtert over het beleid, vooral over de verplichting van medische scholing. Het regelgevende, controlerende valt bij hen niet goed. Men voelt zich op de vingers getikt en niet vrij meer. Maar het is een minderheid.'*

*'Leden weten dat ze aan de nascholingseisen moeten voldoen. Toch hebben zij hier problemen mee omdat de indruk wordt gewekt dat bij- en nascholing bij andere grote organisaties niet hoeft. Dat scheelt veel tijd. Een aantal leden gaat dan naar een andere organisatie.'*

In een aantal organisaties leidt de verplichting tot bij- en nascholing tot discussies over de inhoud daarvan. Dan is onduidelijk welke na- of bijscholing wel of niet moet worden goedgekeurd, of ontstaat discussie over de inhoud.

*'Uit onze meningspeiling blijkt dat men normen wil gaan stellen aan de kwaliteit van bij- en nascholing. Er moet nu een commissie ingesteld worden die zich hiermee bezig gaat houden.'*

*'Goedgekeurd worden in ieder geval alle themadagen die vanuit onze vereniging worden georganiseerd en alle reguliere - voor huisartsen geaccrediteerde - nascholing. Voor overige vormen van nascholing is het soms moeilijk de relevantie te beoordelen of criteria vast te stellen.'*

*'We willen vooraf als vereniging inzage hebben in wat zij te bieden hebben. Van bepaalde organisaties weet je dat het goed zit, maar er wordt zoveel aangeboden waarvan je niet weet wat het is. Soms hoor je dat een symposium interessant was, maar hoe was het kwalitatief en onderwijstechnisch?'*

#### 4.3.2 Naleving

Volgens de geïnterviewden worden regels, indien aanwezig, in het algemeen ook nageleefd. Een aantal van hen vermoedt echter dat 'een kleine categorie' of 'een groepje leden' dat niet doet.

*'Er zijn (oudere) leden die bijscholing weliswaar belangrijk vinden en ook doen, maar zich verzetten tegen een verplichting. Een kleine categorie doet het waarschijnlijk nooit. Dat merk je, omdat zij nog op een ouderwetse manier te werk gaan.'*

De meeste organisaties oefenen een of andere vorm van controle uit. Men vraagt de leden bijvoorbeeld via een strookje in het verenigingsblad een opgave te doen van de gevolgde bij- en nascholing. Soms zijn de leden verplicht ieder jaar kopieën van gevolgde cursussen in te leveren. Enkele verenigingen verwachten in de toekomst meer controle uit te gaan voeren in het kader van herregistratie.

*'We vragen de leden via het verenigingsblad een strookje in te vullen en aan te geven welke bij- en nascholing zij hebben gedaan. Leden krijgen eventueel een aanmaning. In principe moeten ze het het volgend jaar inhalen. Als zij het jaar daarop nog in gebreke zijn gebleven, willen we disciplinaire stappen gaan nemen. Dan mag je niet langer het schildje voeren en wordt er door het secretariaat niet meer doorverwezen. Maar tot op heden hebben we geen problemen gehad.'*

*'Met ons nieuwe computerprogramma kan het volgen van bij- en nascholing worden geregistreerd. We hebben dan een overzicht van wie wat gedaan heeft en wie wat moet doen. Dat gaat naar de opleiding- en toelatingscommissie, die de leden eventueel oproept voor een gesprek.'*

*'Leden krijgen aan het begin van ieder kalenderjaar registratieformulieren. Die moeten worden ingevuld door de opleidingen. Leden moeten zelf zorgen dat die formulieren weer terugkomen op het secretariaat. Het is tegelijkertijd een evaluatie van de opleiding. We krijgen zo ook een beeld hoe de nascholing wordt ervaren. Dat wordt dan weer teruggekoppeld naar de opleiding.'*

*'Het plan is dat wij jaarlijks van de opleidingen een overzicht krijgen van degenen die nascholing hebben gevolgd. Dan hebben wij geen kopieën meer nodig en kan het centraler worden geregeld.'*

*'Mensen volgen veel externe bijscholing. Seminars van allerlei bedrijven, zoals VSM en Bonusan. Daar ontmoeten we elkaar ook. We willen dat wel registreren, maar er zit vaak geen certificaat aan deelname. Men kan opschrijven wat men heeft gedaan aan externe nascholing, maar je kunt niet nagaan of dat klopt. We zouden de kwitanties kunnen vragen, maar dat zegt niets: iedereen kan een kwitantie maken.'*

Een probleem is dat de organisaties eigenlijk geen middelen hebben om sancties te nemen tegen leden die zo'n melding nalaten, of die minder na- en bijscholing gevolgd hebben dan als eis werd gesteld. Sommige organisaties vinden zichzelf te klein om controle uit te oefenen, omdat men elkaar goed kent. Bovendien wordt het oordeel van bestuursleden - 'Jij voldoet niet aan de eisen' - in een kleine organisatie misschien minder makkelijk geaccepteerd. Lidmaatschap van een koepelorganisatie kan dan

dienen als een stok achter de deur. Andere organisaties voelen er weinig voor sancties te nemen en voeren liever een 'goed gesprek' met de betrokken beroepsbeoefenaar.

In een aantal organisaties voelen de bestuurders zich voor een dilemma geplaatst. Men kan kiezen voor een grote vereniging, met veel leden, die zich echter niet allemaal strikt aan het kwaliteitsbeleid houden. Of men kan kiezen voor een kleine vereniging, met weinig leden, die echter allemaal aan de gestelde eisen (willen) voldoen. De keuze wordt op verschillende manieren gemaakt. Sommige organisaties kiezen voor een pragmatische opstelling en denken (voorlopig) niet aan sancties voor de leden die geen bij- en nascholing wensen te volgen. Andere organisaties nemen mogelijk ledenverlies als gevolg van een strikt kwaliteitsbeleid voor lief.

*'Wij hebben van meet af aan gezegd dat wij liever een kleine beroepsvereniging zijn met veel kwaliteit dan een grote vereniging zonder kwaliteit. Het bewijst zichzelf.'*

*'Wij houden er rekening mee dat door een strikt kwaliteitsbeleid enkele leden zullen afvallen; die strategische keuze is gemaakt en de vereniging accepteert de consequenties daarvan.'*

*'Wij zijn een kleine vereniging, met drie bestuursleden. Daarom kunnen we de zaken moeilijk verplicht stellen. Voor het lidmaatschap van een koepelorganisatie is het volgen van bij- en nascholing een voorwaarde.'*

*'Als men niet komt, kunnen we niets doen. Als je ze er uit zet, bestaat de vereniging straks niet meer. We hebben ook papieren leden nodig. Met hun lidmaatschap houden zij de vereniging financieel draaiend.'*

Daarbij is het natuurlijk de vraag welke invloed eventuele sancties (zoals het achterwege blijven van registratie) hebben. Zolang aan het lidmaatschap van de organisatie geen bijzondere voordelen verbonden zijn, is het voor een minder gemotiveerde beroepsbeoefenaar heel eenvoudig het lidmaatschap maar op te geven. In dit verband is een eventuele vergoeding van de hulp door zorgverzekeraars een veel genoemd argument: als de beroepsorganisatie dat kan bieden, zullen de leden eerder bereid zijn de nodige moeite te doen voor het lidmaatschap. In een enkele organisatie - die reeds contacten heeft met een aantal zorgverzekeraars - wordt overwogen de verzekeraars in de toekomst niet meer de ledenlijst maar de lijst met geregistreerde leden toe te sturen. Bij veel organisaties is dat al de gewoonte. Wie niet aan de eisen tot registratie voldoet, komt daar niet op voor en komt dus niet meer voor vergoeding in aanmerking. In een enkel geval verwijst de geïnterviewde op een verondersteld gebrek aan initiatief aan de zijde van de koepelorganisatie:

*'Wij stimuleren de leden (om zich te laten registreren). Maar als ze ons vragen wanneer behandelingen vergoed worden, weten wij dat ook niet. Er is nog geen boekje met ANG-therapeuten. Dus men zegt: kom nu eens met iets concreets! Er is geen boekje, er zijn geen schildjes. Er staat niets tegenover die extra inspanningen en wij worden er als bestuur op aangesproken.'*

## 4.4 Conclusie

Op twee na stellen alle verenigingen eisen aan de leden wat betreft de gevolgde opleiding in de alternatieve genees- en behandelwijze. Bijna driekwart stelt ook eisen aan de reguliere opleiding; bij de helft daarvan is een regulier HBO of universitair niveau de vereiste. Veel energie is en wordt gestoken in het verhogen van de opleidings- en lidmaatschapseisen. De meest genoemde redenen daarvoor zijn het streven naar erkenning door Nederlandse of Europese koepelorganisaties, erkenning door verzekeraars of aansluiting bij de reguliere zorg.

Het handhaven van de verhoogde lidmaatschapseisen geeft geen probleem omdat diploma's worden opgevraagd of toelatingsgesprekken worden gehouden. Bij enkele verenigingen ontstaan wel problemen bij de zittende leden omdat deze - ondanks jarenlange ervaring - een bijscholingstraject moeten volgen (of inmiddels reeds gevolgd hebben) om aan de nieuwe eisen te voldoen. Overgangsregelingen blijken de meest gekozen oplossing voor dit probleem.

Vrijwel alle geëncquêterde beroepsorganisaties kennen een aanbod aan bij- en nascholing. Ongeveer de helft van de organisaties stelt het volgen van extra scholing verplicht of is dat van plan. Ook ten aanzien van na- en bijscholing zijn of worden de eisen aangescherpt, zowel wat betreft de kwaliteit als de duur van de scholing. De geïnterviewden hebben de indruk dat dit doorgaans wordt geaccepteerd, waarbij sommigen zich baseren op de meningspeilingen die zijn gehouden.

Voor het bewaken van de kwaliteit van na- en bijscholing is er - evenals in het reguliere circuit - de tendens tot accreditatie. Soms is dat eenvoudig als men uitsluitend een beperkt aantal opleidingsinstituten erkent. Soms is dat complexer als het aanbod aan na- en bijscholing groot en divers is. Omdat de paramedische beroepen halverwege dit accreditatietraject zijn zou het alternatieve veld de tot nu toe opgedane ervaringen kunnen benutten (Askens, 1996).

Bij de implementatie van verhoogde na- en bijscholingseisen doen zich twee problemen voor:

Voor veel beroepsbeoefenaren - voor het merendeel part-time werkzaam - betekent het volgen van meer bij- en nascholing een belasting in termen van tijd en geld. Dat speelt vooral als beroepsbeoefenaren lid zijn van meer dan één organisatie (alternatief of regulier) en daardoor aan verschillende eisen tegelijk moeten voldoen. Het geldt ook voor beroepsbeoefenaren die indirect zijn aangesloten bij een koepelorganisatie, die - in het kader van een verdere professionalisering - strengere eisen stelt dan de beroepsorganisatie zelf. Dat laatste geldt in het bijzonder voor leden van de lidorganisaties van de ANG. Vanwege de vereiste extra inspanning, slaagt een aantal van deze organisaties er niet in de leden te stimuleren zich bij te scholen tot het door de ANG voorgestane HBO-niveau. Bovendien is nog niet duidelijk wat die extra inspanning hen in de praktijk oplevert, bijvoorbeeld in termen van erkenning en honorering.

Een tweede probleem is dat het beroepsorganisaties feitelijk ontbreekt om de leden te dwingen tot het volgen van bij- en nascholing. De meeste organisaties oefenen vormen van controle uit maar organisaties kunnen weinig doen als de leden weigeren aan de verplichting te voldoen. In het uiterste geval kan een beroepsbeoefenaar uit de organisatie worden gezet, maar niets weerhoudt hem of haar er vervolgens van lid te worden van een andere beroepsorganisatie, een eigen organisatie op te richten of als ongeorganiseerd therapeut te blijven werken. Beroepsorganisaties die met zorgverze-

keras afspraken over vergoedingen hebben gemaakt, staan sterker: daar treft een eventueel roeyement de beroepsbeoefenaar direct in de portemonnee.

## 5 BEROEPSREGISTER

### 5.1 Inleiding

Een veel gebruikte vorm van kwaliteitsbewaking - zowel in het reguliere als het alternatieve veld - is het instellen van een beroepsregister. Een beroepsregister bevat de namen van alleen die beroepsbeoefenaren die voldoen aan de door de organisatie gestelde eisen. Het doel is aan patiënten of cliënten de garantie te bieden dat zij behandeld worden door een gekwalificeerde beroepsbeoefenaar die op een professionele wijze te werk gaat. Een beroepsregister is per definitie openbaar.

In de vorig jaar gehouden enquête meldde 75% van de organisaties over een beroepsregister te beschikken, hetzij een eigen register of het register van een koepelorganisatie. Niet in alle gevallen waren de eisen voor opname in het register op schrift gesteld en niet alle registers bleken openbaar te zijn. In het onderzoeksrapport werd geconcludeerd dat er verwarring bestaat over het verschil tussen een beroepsregister en een ledenlijst.

### 5.2 Beroepsregister of ledenlijst

In de interviews is getracht meer zicht te krijgen op het functioneren van de beroepsregisters en de implementatie ervan. Tabel 5.1 laat zien hoe de geïnterviewden het beroepsregister definiëren.

Tabel 5.1 Aantal organisaties met en zonder beroepsregister (N=40)

ja, het beroepsregister is de ledenlijst	15
ja, er is een beroepsregister	14
nee, er is geen beroepsregister	8
er is uitsluitend een ledenlijst	3

De meerderheid van de geïnterviewden meldt dat het beroepsregister de ledenlijst is of een deel van de ledenlijst. Men maakt in de ledenlijst bijvoorbeeld onderscheid tussen leden die (nog) niet aan de eisen voldoen en leden die dat wel doen. De lijst met degenen die wel aan de eisen voldoen wordt beschouwd als het beroepsregister omdat daarin uitsluitend gekwalificeerde leden zijn opgenomen.

Veertien organisaties spreken over een apart beroepsregister. Acht organisaties melden dat zij geen beroepsregister hebben maar wel een ledenlijst. Er is duidelijk sprake van een terminologie-probleem want op enkele uitzonderingen na treffen we dezelfde situatie aan bij degenen die wel en die niet over een beroepsregister zeggen te beschikken, zoals de volgende citaten illustreren.

Wel een beroepsregister:

*'Het beroepsregister is het ledenbestand. Het is openbaar.'*

*'Ja, er zijn twee niveaus, licentiehouders en registertherapeuten waaraan zwaardere eisen worden gesteld.'*

*'Het beroepsregister is nu de ledenlijst van praktizerende leden (naast een ledenlijst van buitengewone leden). Twee keer per jaar gaat een bijgewerkte lijst met praktizerende leden naar de zorgverzekeraars.'*

*'Iemand die door de toelatingscommissie als lid wordt toegelaten wordt automatisch in het register ingeschreven. Het register is opvraagbaar.'*

*'Het beroepsregister is de ledenlijst. Openbaar voor de leden maar niet voor anderen. Alle leden kunnen een schildje aanvragen. Cliënten kunnen bij de vereniging vragen of men te maken heeft met A, B, of C-leden, maar dat wordt nooit gedaan.'*

*'Het beroepsregister is losgekoppeld van de beroepsvereniging. De registratie wordt uitgevoerd door de Registratieraad. Deze Raad regelt de bevoegdheid tot het voeren van de titel die wettelijk gedeponereerd is bij het Benelux merkenbureau, en dus beschermd is.'*

*'Elk lid is verplicht zich te laten registreren bij de RING. Als de RING-registratie vervalt, vervalt ook het lidmaatschap van onze vereniging.'*

Geen beroepsregister:

*'Er is alleen een ledenlijst. De lijst ligt bij de verzekeraars.'*

*'Er is geen beroepsregister. Men wordt door de stichting erkend indien men aan de toelatingseisen voldoet.'*

*'Er is nog geen beroepsregister. Er is wel een ledenlijst waarvoor als eis geldt een wettelijk erkende opleiding in de gezondheidszorg + een kennismakingsgesprek.'*

*'De lijst met geregistreerde leden wordt continu ge-update. Zorgverzekeraars krijgen de lijst eens per twee maanden. Voor het publiek is er de gids waar alle geregistreerde leden instaan.'*

*'Er is nog geen beroepsregister. Er is wel een vrij verkrijgbare ledenlijst. Een beroepsregister zou ook gegevens bevatten over de gevolgde opleidingen. Die gegevens heeft het secretariaat wel. Dus het secretariaat beschikt in feite over een beroepsregister.'*

De conclusie is dat een ledenlijst met gekwalificeerde beroepsbeoefenaren door de helft wel en door de andere helft niet als een beroepsregister wordt benoemd, zoals uit bovenstaande citaten blijkt.

Een derde van de verenigingen is van plan om de registratie te gaan veranderen. Vijf verenigingen zijn inmiddels vergevorderd met een herregistratiesysteem, waarin de verhoogde opleidings- en nascholingsseisen worden opgenomen. Twee verenigingen melden dat zij recent aangesloten zijn bij de ANG (los van degenen die al aangesloten waren) en één recent bij de RING. Bij de meeste verenigingen zijn de ideeën over verandering van de registratie nog niet uitgekristalliseerd. Men weegt voor- en nadelen af, zoals in hoofdstuk 3 is beschreven.

Uit de interviews blijkt dat niet alle beroepsregisters openbaar zijn. Van de 40 vereni-



gingen melden er 19 expliciet dat het register openbaar is en 8 dat het niet openbaar is. Bij 13 verenigingen bleef dit in het interview onduidelijk, meestal omdat er nog geen sprake van een beroepsregister was. Ook komt het voor dat niet alle leden in het openbare register opgenomen wensen te worden. Ongeveer een derde van de organisaties stuurt periodiek een lijst met gekwalificeerde leden naar de zorgverzekeraars. Volgens een geïnterviewde is het voordeel ingeschreven te staan in het beroepsregister dat zorgverzekeraars de behandeling dan vergoeden.

De implementatie en bewaking van het beroepsregister c.q. de ledenlijst verschilt niet of nauwelijks van de wijze waarop de lidmaatschapseisen worden bewaakt, zoals in het vorige hoofdstuk is beschreven. Handhaving van de eisen geeft volgens de geïnterviewden geen probleem omdat alleen beroepsbeoefenaren die aan de eisen voldoen worden opgenomen. Opgemerkt wordt dat het beleid wordt geaccepteerd omdat het de moeite waard is om lid van de vereniging te zijn. Men kent de regels en daar wordt strak de hand aangehouden, zo meldt een geïnterviewde. De zwaarte van de gestelde eisen is soms wel een punt van discussie, met name in die gevallen waarin men overweegt de eisen te veranderen of te verhogen, zoals bij de helft van de geïnterviewde organisaties het geval blijkt te zijn (zie vorige hoofdstuk). Hierbij doen zich twee problemen voor. Ten eerste acht men het weinig zinvol om nieuwe eisen op te gaan leggen aan oudere en zeer ervaren beroepsbeoefenaren die vanaf het begin lid zijn. Als oplossing kiest men voor een overgangsregeling, een gedoogbeleid of een generaal pardon voor deze leden. Het tweede probleem betreft ledenverlies. Men vreest dat leden weglopen of heeft dit aan den lijve ondervonden. Een organisatie meldde: *'De verplichting om na het afstuderen registertherapeut te worden is verdwenen omdat therapeuten dat niet wilden. Die verplichting was er wel en heeft honderden leden gekost die naar een andere organisatie zijn gegaan. Op den duur komt dan de levensvatbaarheid van de organisatie in gevaar.'*

Dit probleem doet zich niet altijd voor want drie organisaties melden dat men in zijn algemeenheid positieve reacties krijgt en dat er maar een paar zijn die niet mee willen, en die zijn er altijd, volgens de geïnterviewde. De conclusie is dat de acceptatie van het toelatingsbeleid wel problemen kan geven maar dat de uitvoering van dat beleid via de ledenlijst of het beroepsregister kan worden gewaarborgd.

### 5.3 Samenvatting en conclusies

De vraag die in dit hoofdstuk centraal stond is: hoe verloopt de implementatie van een beroepsregister en welke problemen doen zich daarbij voor?

De resultaten laten zien dat de term 'beroepsregister' verschillend wordt geïnterpreteerd. Het verschil tussen een beroepsregister en een lijst met gekwalificeerde leden is niet duidelijk. Dit betekent dat dezelfde situatie wordt aangetroffen bij verenigingen die wel en die niet over een beroepsregister zeggen te beschikken, namelijk men beschikt over een (leden)lijst met gekwalificeerde leden. De verwarring is waarschijnlijk veroorzaakt doordat het begrip is overgenomen uit de reguliere gezondheidszorg, waar men via het BIG-register de wettelijke bevoegdheid krijgt om de titel te voeren. In het alternatieve veld worden deze bevoegdheden niet via een wettelijk beroepsregister geregeld. Wel hebben verenigingen de vrijheid om op vrijwillige basis beroepsregisters aan te leggen met als functie de kwalificaties van de beroepsbeoefenaren aan te geven. Een ledenlijst met gekwalificeerde beroepsbeoefenaren is dan identiek aan een beroepsregister, en dat blijkt door veel beroepsverenigingen ook zo te worden opgevat.

De titelbescherming via een 'gedeponeerde' titel vormt hierop een uitzondering.

De helft van de organisaties meldt dat het beroepsregister openbaar is. Bij een kwart is dat niet het geval en bij een kwart bleef dat onduidelijk. In feite blijkt dat er verschillende gradaties in deze openbaarheid zijn: een voor iedereen openbare lijst met gekwalificeerde leden, lijsten die uitsluitend naar de zorgverzekeraars gaan, of informatie die desgevraagd door het secretariaat wordt verstrekt. In de interviews zijn wij niet op al deze varianten ingegaan zodat geen kwantitatieve uitspraken over de mate van openbaarheid kunnen worden gedaan.

Veel geïnterviewde beroepsverenigingen zijn van plan hun registraties te gaan wijzigen terwijl enkelen ver gevorderd zijn met een herregistratiesysteem. Overwegingen die bij wijziging een rol spelen betreffen het al dan niet aansluiten bij de nieuw ingestelde registers van overkoepelende organisaties. De discussies hieromtrent zijn nog niet uitgekristalliseerd. We herinneren eraan (zie paragraaf 3.2) dat op landelijk niveau onafhankelijke registratie-instituten in opkomst zijn, al dan niet verbonden aan een koepelorganisatie, waarvan nu nog onduidelijk is welke status zij zich zullen gaan verwerven.

Het handhaven van de registratie-eisen door de beroepsverenigingen levert volgens de geïnterviewden geen problemen op omdat degenen die niet aan de kwalificaties voldoen niet in het register worden opgenomen.

## 6 DE BEROEPSUITOEFENING

### 6.1 Inleiding

Tot de beroepsuitoefening worden gerekend het methodisch handelen, de attitude van de beroepsbeoefenaar en de organisatie van de zorg. Uit de enquête blijkt dat de helft tot tweederde van de verenigingen beschikt over regelgeving op deze gebieden. In dit hoofdstuk kijken we naar de implementatie daarvan.

### 6.2 Beroepsprofielen en gedragsregels

Ook uit de interviews blijkt dat de meerderheid van de verenigingen aspecten van de beroepsuitoefening heeft vastgelegd. De verschillen zijn groot. Ongeveer een kwart van de geïnterviewden beschikt over een beroepsprofiel waarin het beroep in al zijn facetten wordt beschreven; meerdere beroepsprofielen zullen door het CBO ontwikkeld worden. De meerderheid van de organisaties heeft afzonderlijke aspecten in aparte documenten neergelegd, bijvoorbeeld een checklist voor de behandelruimte. Soms zijn de regels ook te vinden in het huishoudelijk reglement of een Vademecum.

De oorsprong van de regels is divers. Naast de beroepsvereniging zijn het ook opleidingen en Nederlandse of Europese koepelorganisaties die regels ontwikkelen. De medische en paramedische beroepen zijn vanzelfsprekend (ook) gebonden aan de regels die binnen hun discipline gelden en aan de vigerende wet en regelgeving. We gaan kort in op de drie onderscheiden aspecten van de beroepsuitoefening.

#### 6.2.1 Het methodisch handelen

Bijna alle verenigingen beschikken over een omschrijving van de genees- of behandelwijze en de deskundigheden die de leden moeten bezitten om de behandeling toe te mogen passen (zie de lidmaatschapseisen). In sommige gevallen is alleen het reguliere deel van de toegepaste behandelwijze omschreven en is er geen aparte beschrijving van het 'additieve' aspect. Veel minder verenigingen beschikken over regels voor het stellen van een diagnose of het voorschrijven van medicijnen.

De wijze waarop specifieke ziektebeelden worden behandeld wordt doorgaans vastgelegd in protocollen of richtlijnen. Hoewel 62% van de verenigingen in de enquête aangaf hierover te beschikken blijkt in de interviews dat de begrippen 'protocollen en richtlijnen' anders worden geïnterpreteerd. Men verwijst bijvoorbeeld naar de examen-eisen of naar de richtlijnen die in het beroepsprofiel staan.

*'Met "protocollen en standaarden" bedoelen we de exameneisen... We hebben ook op papier hoe de anamnese wordt gedaan.'*

*'Richtlijnen staan in het beroepsprofiel. Standaarden en protocollen bestaan per discipline, vastgelegd in de opleiding. Wie die niet kent, krijgt geen diploma.'*

*'Protocollen hebben we niet op papier. Dat is iets wat we van de opleidingen verwachten.'*

*'Ik denk dat we in de enquête meer beloven dan er is.'*

*'Er zijn tal van regels, richtlijnen en protocollen maar die gelden binnen elke discipline (regulier opgeleid) afzonderlijk. Wij hebben geen behoefte daar nog eens eigen regels bovenop te leggen.'*

*'Echte behandelprotocollen zijn er nog niet in letterlijke zin. We hebben bij het CBO een project aangevraagd om te helpen bij de ontwikkeling van een behandelprotocol. Dat moet een soort stappenplan worden dat in elke behandeling wordt gevolgd. Die stappen moeten ook in de status terug te vinden zijn. Op den duur zou dat moeten leiden tot vergelijkbare registratie van patiëntgegevens. Via bestudering van de patiëntendossiers kan dan worden nagegaan wat de resultaten van de behandeling zijn en bij welke indicaties goede en bij welke indicaties misschien minder goede resultaten worden bereikt. Via een dergelijke vorm van wetenschappelijk onderzoek kunnen de indicaties voor de diverse behandelingen dan steeds beter worden afgebakend.'*

Een enkele uitzondering daargelaten wordt bij protocollen en richtlijnen gedacht aan de bestaande regelgeving en bijvoorbeeld aan de richtlijnen met betrekking tot hygiëne of de praktijkinrichting. Protocollen als behandelvoorschriften voor specifieke ziektebeelden zijn nog nauwelijks ontwikkeld.

De verenigingen die nog over weinig regelgeving beschikten gaven aan daar wel mee bezig te zijn of plannen in die richting te hebben. Over het algemeen wordt opgemerkt dat de regelgeving niet veel discussie oplevert. Een enkele keer rijzen problemen omdat de genees- of behandelwijze nog niet precies is afgebakend. De geïnterviewden signaleren dat het beschrijven van deze regelgeving of het ontwikkelen van een compleet beroepsprofiel langer duurt dan verwacht.

### **6.2.2 Attitude en gedrag**

De normen ten aanzien van attitude en gedrag zijn doorgaans vastgelegd in een gedragscode. Daarin staat hoe met patiënten of cliënten wordt omgegaan en hoe zij worden bejegend. De gedragscode bevat ook regels over het omgaan met collega's. Nagenoeg alle geïnterviewden beschikken over dergelijke gedragsregels: bij de meerderheid staan deze op schrift, al dan niet in het beroepsprofiel. Een enkele vereniging heeft de gedragsregels samen met patiëntenorganisaties opgesteld. Bij de reguliere beroepsbeoefenaren wordt over de noodzaak van aanvullende gedragsregels (naast die van de eigen discipline) verschillend gedacht. Een meerderheid van hen vindt aanvullende regels niet nodig omdat men gebonden is aan de gedragscode van artsen, fysiotherapeuten, psychologen enzovoorts. Dit geldt met name in die gevallen waarin de alternatieve behandelwijze uitsluitend wordt beschouwd als een extra of aanvullende techniek binnen de normale beroepsuitoefening (bijvoorbeeld psychotherapeut met hypnose-aantekening). Een minderheid vindt aanvullende regels wel nodig. Een van de geïnterviewde artsen merkt hierover op: *'Een van de prioriteiten is het implementeren van de gedragsregels van de KNMG. Hoewel de leden arts zijn, zijn velen van hen geen lid van de KNMG en dus niet gebonden aan KNMG-regels.'*

Bij een kleine minderheid is sprake van mondelinge afspraken of wordt een gedragscode ontwikkeld, waarbij het volgende wordt opgemerkt:

*'Het is niet vastgelegd, maar het is vanzelfsprekend.'*

*'Dat zijn gewoon de normale fatsoensregels.'*

*'We zijn bezig met een gedragscode. Ik denk dat we docenten hebben die een aantal fatsoensregels bezitten. Alleen al hun gedrag zal anderen beïnvloeden.'*

*'De gedragscode staat niet op schrift. Elke discipline heeft daarvoor zijn eigen criteria. Ook wordt het in de opleiding besproken. In grote lijnen komt het neer op het handhaven van distantie.'*

*'In het huishoudelijk reglement is sprake van een gedragscode. Die bestaat echter niet op schrift.'*

### 6.2.3 Organisatie van de zorgverlening

Vergeleken met de bovengenoemde aspecten is de organisatie van de zorgverlening het minst vaak in regels vastgelegd, zo bleek uit de enquête. Veel geïnterviewden melden dat een of meerdere aspecten wel zijn beschreven, onder andere in de beroepsprofielen. Het gaat bijvoorbeeld om regels ten aanzien van de bereikbaarheid, richtlijnen voor het bijhouden van de patiëntenstatus, normen voor de inrichting van de praktijk en hygiëne-voorschriften. Over het algemeen levert het ontwikkelen van deze regelgeving geen problemen op. Een klein aantal verenigingen meldt dat men zich hier niet mee bezighoudt. De verenigingen die dat wel doen hechten niet allemaal evenveel belang aan dergelijke regelgeving:

*'Deze regels zijn voor ons minder van belang, want een gespreksruimte stelt niet zo veel eisen.'*

*'We vinden dat in zekere zin saai. Voor de uitoefening van ons beroep is het wel belangrijk dat de ruimte er verzorgd uitziet, maar voor een fysiotherapie-praktijk zijn dergelijke regels echt belangrijk.'*

*'Er zijn afspraken over de inrichting van de praktijk en het bewaken van de hygiëne, maar daar hebben we tot nu toe niets mee gedaan. Er wordt op de opleidingen over gesproken.'*

### 6.2.4 Kennis en oordeel

De wijze waarop de regels onder de aandacht worden gebracht verschilt niet van de eerder in dit rapport besproken methoden: publicaties in het tijdschrift, agendering op de ALV, bij aanmelding, enzovoorts. Niet alleen de beroepsorganisaties zelf brengen de regels onder de aandacht, ook de opleiding speelt hierin een belangrijke rol. Ook meldt men dat gedragsregels expliciet aan de komen in het toelatingsgesprek en dat leden bovendien de eed van Hippocrates afleggen. Soms moeten leden een gedragscode of intentieverklaring ondertekenen om in het register ingeschreven te kunnen worden.

De ruime meerderheid van de geïnterviewden meldt dat de leden de regels vanzelfsprekend vinden of dat de regels niet ter discussie staan. Een enkeling meldt dat de leden de regels benauwend vinden omdat hun vrijheid wordt ingeperkt en dat sommige leden er ook bang voor zijn.

### 6.2.5 Naleving

In de voorgaande hoofdstukken is gebleken dat handhaving van de eisen die aan het lidmaatschap of het beroepsregister verbonden zijn geen problemen geeft omdat dat bij aanmelding wordt gecontroleerd. Dit geldt ook voor één aspect van de beroepsuitoefening, namelijk de vereiste kennis en vaardigheden van de beroepsbeoefenaar. Dit kan

worden nagegaan via de diploma's van de opleiding of certificaten voor bij- en nascholing. De beroepsuitoefening zelf, dat wil zeggen hoe gedraagt men zich in de praktijk, is veel moeilijker te waarborgen. Enkele geïnterviewden merken op dat de eisen waarschijnlijk niet bij iedereen gerealiseerd zijn (bijvoorbeeld: een afgescheiden praktijkruimte, voorgeschreven dossiermappen) of dat niet iedereen zich aan de regels houdt.

De methoden die worden gebruikt om na te gaan of beroepsbeoefenaren zich in de praktijk aan de regels houden zijn onder andere sociale controle, supervisie, intercollegiale toetsing en visitatie. Daarnaast wordt het klachtenreglement beschouwd als een 'controle achteraf' en wordt via het tuchtrecht een ondergrens van de beroepsuitoefening bewaakt.

De geïnterviewden denken verschillend over de wijze waarop en de mate waarin de beroepsuitoefening zelf kan worden bewaakt. De antwoorden waren in te delen in een vijftal categorieën, die we achtereenvolgens zullen behandelen:

- naleving is vanzelfsprekend, er is geen kwaliteitsbewaking;
- naleving is vanzelfsprekend, maar er is ook kwaliteitsbewaking;
- naleving is gewaarborgd via kwaliteitsbewaking achteraf;
- kwaliteitsbewaking is niet mogelijk of niet wenselijk;
- kwaliteitsbewaking wordt overwogen.

#### *Naleving is vanzelfsprekend, er is geen kwaliteitsbewaking*

Sommige organisaties hebben geen problemen met de naleving van de regelgeving en gaan ook niet na of leden aan de eisen voldoen. Organisaties die niet controleren noemen hiervoor diverse redenen. Men gaat er vanuit dat iedereen zich aan de voorgeschreven regels houdt en vindt controle niet passen binnen de filosofie van het beroep of het werk dat men doet. Kleine organisaties geven aan dat naleving vanzelfsprekend is doordat alle leden zelf direct betrokken zijn geweest bij de ontwikkeling van regels en normen. Ook wordt gewezen op de eigen verantwoordelijkheid van de leden. De volgende citaten illustreren dit:

*'Er zijn geen problemen met de naleving omdat de leden de beroepsprofielen zelf hebben ontwikkeld. Bij toetreding ligt er een duidelijk stuk. Als men daar niet aan kan voldoen moet men naar een andere vereniging gaan.'*

*'De communicatie is nog steeds zo open dat wanneer iemand binnen de vereniging zich niet aan de richtlijnen zou houden hij dat gewoon zou zeggen. Door de kleinschaligheid houdt iedereen zich eraan en levert de naleving geen problemen op. Als we groter zouden worden zou hier waarschijnlijk een andere invulling aan moeten worden gegeven.'*

*'We hebben nog geen commissie die de praktijkruimte gaat bezoeken, maar de groep is ook nog niet zo groot dat je dat nodig hebt. Je kent elkaar allemaal. Leden onderschrijven de eisen wel, maar het wordt nog niet gecontroleerd.'*

*'Controle is niet nodig. De regels van de beroepscode passen in de filosofie en zijn vervat in de opleiding. Ze vormen de basis van de manier waarop je les geeft. Als je je er niet aan houdt, is er iets mis met wat je met de opleiding doet. Als het misgaat, hoor je dat.'*

*'We denken dat men ruimschoots aan deze eisen voldoet, maar we controleren dat niet. Daar kun je niet aan beginnen; het zijn collega's met een eigen*

verantwoordelijkheid.'

'We controleren geen rekeningen. Dat kan ook niet. Het past niet bij de inhoud van ons werk, waar we voor staan. Het is een kwestie van vertrouwen, een stukje ethiek.'

'Leden vinden het vanzelfsprekend dat er regels en normen zijn voor een patiënten/cliënten-status, dat je een dossier moet aanleggen en tien jaar moet bewaren. Deze regels staan in de beroepscode. We zouden het ontzettend raar vinden als we van een lid zouden horen dat ze zich hier niet aan houden. Ik ga daar van uit. We controleren het niet, maar je zou het kunnen navragen... We zien het als een taak van het bestuur om mensen daarin op te voeden. Je kan het niet afdwingen, maar ik vind wel dat je kunt opvoeden.'

*Naleving is vanzelfsprekend, maar er is ook kwaliteitsbewaking*

Daarnaast zijn er organisaties die aangeven geen problemen te ondervinden m.b.t. de naleving van de regelgeving, maar die wel nagaan of leden aan de eisen voldoen. Een veel genoemde methode voor het bewaken van de regels en normen m.b.t. praktijkinrichting is visitatie. Bij de bewaking van gedragsregels worden met name intercollegiale toetsing, intervisie en supervisie genoemd.

'De commissie toelating en de commissie her- en bijscholing gaan na of de leden aan de regels voldoen. Ook krijgen leden bezoek (visitatie).'

'De organisatie stelt zich bij registertherapeuten garant voor het in orde zijn van de behandelruimte. Dat wordt ook gecheckt. Ook wordt gekeken of de tarievenlijst in elke behandelruimte hangt. Visitatieleden kijken in de patiëntencartotheek en werpen een snelle blik in de kaarten om te zien of deze naar behoren zijn ingevuld.'

'Controle of genezers zich aan de eencode en praktijkvoorschriften houden gaat via sociale controle, het genezersoverleg en doordat men elkaars patiënten overneemt bij afwezigheid.'

'Controle op de naleving van de richtlijnen m.b.t. attitude en gedrag gaat via de regionale organisaties. Intercollegiaal overleg (intervisie) is verplicht voor therapeutleden. Supervisie is voor therapeutleden op vrijwillige basis... Er is geen één op één controle. Het bestuur gaat niet langs bij de therapeuten om te zien hoe zij werken.'

'De beste manier om inzicht te krijgen in de naleving van deze regels is door middel van supervisie, maar ook intercollegiale bijeenkomsten. We komen iedere zes weken bij elkaar. Dat werkt enorm correctief. Als iemand zich niet aan bepaalde regels zou houden, dan zou je hem daarop wijzen...Maar we leggen dat niet vanuit het bestuur bindend op.'

*Naleving is gewaarborgd via kwaliteitsbewaking achteraf*

Bij veel organisaties die aangeven aan kwaliteitsbewaking en verbetering te doen, is alleen sprake van een controle achteraf. Zij gaan niet structureel na of leden aan de regels voldoen, maar bewaken de kwaliteit van de leden door middel van klachten over een lid, via het tuchtrecht of verwijzen naar de rol van de inspectie. De volgende

citaten geven dit aan:

*'Of men zich al dan niet aan de beroepscode houdt, gaan we alleen na naar aanleiding van eventuele klachten, van een cliënt of collega-leraar.'*

*'Controle op de gedragscode is een controle achteraf voorzover patiënten de moeite nemen klachten te melden.'*

*'Als er een probleem is met een collega, kan men straks via het bestuur terecht bij de Commissie van Welzijn, die dat zal uitzoeken. In de statuten of - binnenkort - het huishoudelijk reglement staat omschreven hoe die commissie eruit komt te zien en wat hij mag.'*

*'Controle op naleving van de gedragsregels vindt achteraf plaats via het tuchtrecht, het klachtrecht en via sociale controle. Omdat de vereniging klein is, vindt doorgaans sociale controle plaats.'*

*'Controle gaat via: inspectie, tuchtrecht, de ombudscommissie en het eigen tuchtrecht.'*

*Kwaliteitsbewaking is niet mogelijk of niet wenselijk*

Verschillende geïnterviewden geven aan dat controle niet mogelijk of wenselijk is. Eén geïnterviewde geeft aan dat bewaking moeilijk is omdat men geen sancties kan stellen. Regels en normen m.b.t. het methodisch handelen en gedragsregels zijn moeilijker te bewaken dan de inrichting van een praktijkruimte. Ook wordt soms meer belang gehecht aan het contact met de cliënt dan een mooie inrichting. Daarnaast zijn tijd en menskracht een reden om niet aan kwaliteitsbewaking te doen.

*'De behandeling op zich valt moeilijk te controleren. Ik weet niet wat een collega bijvoorbeeld aan een tenniselleboog doet. Hoogstwaarschijnlijk past hij dezelfde methode toe.'*

*'De vereniging kan geen sancties stellen. Als een lid de vereniging voor de rechter zou laten komen kost dat geld. De vereniging zou het niet op kunnen brengen wanneer meerdere leden dat zouden doen.'*

*'Ik ken verschillende mensen die een schitterende praktijk hebben, maar ten eerste kunnen we al die mensen niet gaan bezoeken en ten tweede ben ik er zeker van dat een aantal mensen aan de lage kant zitten met dat soort voorzieningen. Voor ons is één ding belangrijk: dat u als therapeut die cliënt mag ontvangen, en dat je daar met respect en aandacht mee bezig bent. Dat staat buiten het feit of je een mooie inrichting hebt, want het gaat om het contact.'*

*'Bepaalde antroposofische gedachten met betrekking tot geboorte en dood zijn heel wezenlijk. Dit is niet te controleren. Als je in een instelling komt merk je wel of de sfeer al of niet goed voelt. Dit heeft alles te maken met attitude en gedrag.'*

*'Wij controleren nog niet of men er ook aan voldoet. We hebben daar de tijd niet voor en het zou veel ergernissen geven.'*

*'In principe vindt er geen controle plaats wat betreft de naleving van deze*



*richtlijnen, maar leden tekenen wel een gedragscode (beroepscode). Stel dat er een klacht ingediend wordt tegen een lid en het blijkt dat hij zich niet heeft gehouden aan de beroepscode dan valt de dekking vanuit de vereniging weg. Dat is met een doel gedaan. Het is onmogelijk om het allemaal te gaan controleren.'*

*'Aan controle kunnen we absoluut niet beginnen. De vereniging is in de ontwikkelingsfase en nog niet bezig met controleren.'*

*'Hoe mensen in de spreekkamer met patiënten omgaan is niet te controleren.'*

#### *Kwaliteitsbewaking wordt overwogen*

Voor een aantal andere organisaties geldt dat er momenteel nog geen sprake is van extra kwaliteitsbewaking (naast bewaking van lidmaatschapseisen en registratie), maar dat dit wel een plan voor de toekomst is. Ongeveer de helft van de geïnterviewden hecht daarbij meer belang aan stimuleren dan aan controleren. Opgemerkt wordt dat de manier waarop kwaliteitsbewaking plaats moet gaan vinden nog niet duidelijk is en dat daarbij ook problemen worden verwacht.

*'Als we gaan certificeren, gaan we waarschijnlijk ook visiteren. Zo krijg je nog beter in kaart wie wat doet.'*

*'Via ons verenigingsblad is een eerste stap gezet ten aanzien van het bevorderen van de intercollegiale overlegsituatie. We willen in het verenigingsblad een serie artikelen opnemen waarin je als therapeut met een probleemstelling naar voren komt. Op die manier proberen we meer overleg met elkaar te krijgen.'*

*'Visitatie van praktijkruimten vinden we belangrijk, maar op een andere manier dan wat bijvoorbeeld binnen de ANG gedaan wordt. Voor ons is van belang of leden op een ethisch verantwoorde wijze bezig zijn met hun cliënten en of ze zich aan een gedragscode houden, maar niet dat een kamer twee deuren heeft.'*

*'We willen door visitatie steekproefgewijze bekijken of men eraan voldoet. Het intercollegiale contact, in werkgroepen, werkt ook preventief.'*

*'Er moet een werkgroep gaan komen, een visitatiecommissie die ad random in den lande praktijkbezoeken gaat afleggen. Dat moeten we niet formuleren als een vorm van controle, maar het is meer praten over hoe je te werk gaat.'*

*'Als iemand door het toelatingsgesprek is, kunnen we niet meer controleren wat hij doet, behalve als cliënten niet tevreden zijn. Dat is niet optimaal. Het is belangrijk dat mensen uit eigen verantwoordelijkheid weten dat ze bij moeten blijven. Ik weet niet hoe we dat vorm kunnen geven...De tijd ontbreekt om daar uitvoering aan te geven.'*

*'We kennen elkaar allemaal persoonlijk, dat kan wel een probleem worden.'*

*'Een praktisch probleem is dat je mankracht nodig hebt. Sommige leden vinden dat zij te kort lid zijn om dit al te kunnen doen. We gaan proberen het in de toekomst toch gestalte te geven. Leden willen dan ook een reiskostenvergoeding en dat is terecht, maar we hebben een budget waarmee we moeten rondkomen...Wat betreft de naleving van de regels denk ik in principe dat de*

*verantwoordelijkheid bij de vereniging zelf ligt.'*

*'Als het systeem rond is moeten we ook zorgen dat het nageleefd en gecontroleerd wordt. Er zit één maar aan vast: het zijn allemaal beroepsbeoefenaren die dit doen. Wij stoppen er als bestuur veel vrije tijd in. Als je dan ook nog eens het hele land door moet om therapeuten te gaan bezoeken gaat daar zoveel tijd inzitten, dat je niet meer aan je eigen praktijk toekomt...De auditors moeten weten waar ze mee bezig zijn, dus die zullen een opleiding gehad moeten hebben. Als je de regels niet goed kent kunnen er allerlei discussies gaan ontstaan. Daar ligt de bottle-neck...'*

### 6.3 Samenvatting en conclusies

In dit hoofdstuk stond de beroepsuitoefening zelf centraal. Er is geprobeerd een antwoord te geven op de vraag hoe de beroepsverenigingen te werk gaan bij het ontwikkelen en invoeren van regels ten aanzien van de uitoefening van het beroep.

Uit de interviews blijkt dat de meeste verenigingen regels hebben opgesteld ten aanzien van het methodisch handelen, de organisatie van de zorgverlening en ten aanzien van het gedrag van hun leden tegenover patiënten en collega's. Een minderheid beschikt over een volledig beroepsprofiel. Gedragsregels of een gedragscode zijn wel eerder regel dan uitzondering. Sommige reguliere organisaties vinden het niet nodig aanvullende gedragsregels te ontwikkelen omdat de leden gebonden zijn aan de gedragsregels van de eigen beroepsgroep en de alternatieve behandelwijze uitsluitend als een extra techniek wordt beschouwd. Anderen daarentegen vinden eigen gedragsregels wel nodig omdat niet alle leden aangesloten zijn bij hun reguliere koepelorganisatie. Bijna alle geïnterviewden melden dat zij verder gaan met de ontwikkeling van regels of beroepsprofielen, maar dat dat veel tijd in beslag neemt en trager gaat dan verwacht.

Er is bij de verenigingen nog nauwelijks sprake van behandelingsvoorschriften vastgelegd in protocollen of richtlijnen per ziektebeeld. Hoewel veel verenigingen in de enquête hadden aangegeven hierover wel te beschikken, blijkt de discrepantie tussen enquête en interviews veroorzaakt te zijn door begripsverwarring. Veel geïnterviewden hanteren een ruime definiëring van het begrip protocol of richtlijn; men verstaat daaronder alle eisen en richtlijnen die aan de beroepsuitoefening worden gesteld. Dit betekent dat deze begrippen in een nieuwe enquête duidelijker omschreven en gedefinieerd moeten worden. Overigens kunnen bij de richtlijnontwikkeling ook de ervaringen van de paramedische beroepen worden benut die recent met de ontwikkeling van richtlijnen zijn gestart (Visser e.a., 1997).

Twee vormen van kwaliteitsbewaking kunnen worden onderscheiden. De praktijkuitvoering kan direct worden bewaakt via sociale controle, supervisie, intercollegiale toetsing of visitatie. De tweede vorm is bewaking achteraf via klacht en tuchtrechtregelingen. Deze bewaking achteraf wordt min of meer als vanzelfsprekend ervaren. Over kwaliteitsbewaking van de beroepsuitoefening zelf wordt verschillend gedacht. Enerzijds wordt opgemerkt dat met name de praktijk-inrichting en praktijk-organisatie via visitatie gecontroleerd kan worden. Dit aspect van de beroepsuitoefening wordt echter niet door iedereen even belangrijk gevonden. Van meer belang acht men het gedrag in de behandelkamer zelf, maar dat gedrag is moeilijk toetsbaar.

Een aantal verenigingen overweegt vormen van toetsing, intervisie of visitatie te gaan ontwikkelen. Men beraadt zich nog over de problemen die daaraan verbonden zijn in termen van de benodigde menskracht en financiën en de acceptatie van bewaking c.q. controle door de leden. Het accent zou liever op stimuleren dan controleren moeten worden gelegd, aldus enkele geïnterviewden.

## 7 RELATIE TOT DE REGULIERE ZORG

### 7.1 Inleiding

Is samenwerking binnen de alternatieve zorg al geen vanzelfsprekend gegeven (evenmin trouwens als die binnen de reguliere zorg), de verhouding tussen alternatieve en reguliere beroepsbeoefenaren wordt extra bemoeilijkt doordat beide verschillende paradigma's hanteren voor de verklaring van ziekte en gezondheid. Informatie over de alternatieve genees- of behandelwijze geeft reguliere beroepsbeoefenaren inzicht in wat de behandeling van patiënten inhoudt. Daarmee kunnen zij zich een beeld vormen van de categorie patiënten die voor verwijzing in aanmerking komt, en eventuele informatie over de behandeling beter begrijpen. Voor zover patiënten zowel regulier als alternatief behandeld (willen) worden, kunnen regels opgesteld worden voor het (terug)verwijzen van patiënten, het uitwisselen van gegevens en het zo nodig afstemmen van de zorg.

Blijkens de landelijke enquête onder alternatieve beroepsorganisaties is de relatie tot de reguliere sector nog nauwelijks geregeld: niet meer dan een kwart heeft over dit onderwerp zaken op papier staan.

### 7.2 Regelgeving

#### 7.2.1 Informatie voor reguliere hulpverleners

Een minderheid van de beroepsorganisaties - zo blijkt ook uit de interviews met de beroepsorganisaties - beschikt over schriftelijke informatie voor reguliere beroepsbeoefenaars. Soms gaat het om informatie die speciaal voor hen is samengesteld; soms gaat het om een algemene folder of brochure die (ook) bedoeld is voor patiënten en andere geïnteresseerden. In een enkel geval is de informatie door een andere organisatie ontwikkeld, bijvoorbeeld door een zusterorganisatie in het buitenland of door een koepelorganisatie. Het is niet duidelijk in hoeverre het materiaal daadwerkelijk wordt verspreid en of het aan de verwachtingen voldoet. Wel wijst een aantal geïnterviewden met nadruk op een ervaren gebrek aan belangstelling aan reguliere zijde. Naast deze informatievoorziening doet een enkele organisatie pogingen reguliere hulpverleners in een persoonlijk contact met de geneeswijze vertrouwd te maken.

*'Behalve met de folder wordt ook op andere manieren informatie gegeven, bijvoorbeeld door demonstraties. Naar therapeuten die fysiotherapeut zijn, wordt gewoon door huisartsen verwezen, naar artsen incidenteel ook. We voeren verder geen reclame.'*

*'Een van de leden heeft binnenkort een bijeenkomst met vijf huisartsen. Daar zal zij iets over het beroep vertellen en laten zien, om op die manier bekendheid te krijgen. Zij hoopt dat daar doorverwijzingen uit voortkomen. Dat hoor ik vaker.'*

*'Ik denk dat het nog te vroeg is. We moeten eerst zelf duidelijkheid krijgen over wat we doen. Mensen zijn nog te onzeker. Het is een beroep in ontwikkeling.'*

*'Je krijgt geen contact met artsen. Vaak proberen zij de cliënt terug te nemen als*

*ze weten dat die bij een therapeut geweest is.'*

### 7.2.2 Regels voor verwijzing en/of samenwerking met de reguliere zorg

Een klein aantal organisaties heeft regels op papier staan over het verwijzen (of beter: verwezen worden) van patiënten en over de samenwerking met de reguliere zorg. Slechts bij uitzondering blijken die regels stringent en gedetailleerd te zijn. Opnieuw blijkt dat men zich dikwijls door de reguliere zorg voelt afgewezen: beroepsbeoefenaren ervaren een 'wantrouwende houding' of merken dat er niet op gegeven informatie wordt gereageerd. Dat geldt ook voor alternatieve behandelaars die zelf arts of fysiotherapeut zijn, of een andere reguliere opleiding hebben genoten. Ter illustratie een aantal citaten van organisaties die niet en die wel een reguliere achtergrond hebben.

Geen reguliere achtergrond:

*'Als mensen handelen naar wat er in het beroepsprofiel staat dan dien je te rapporteren aan huisartsen. De patiënt moet daar ook toestemming voor geven. Je wordt geacht om terug te koppelen naar huisartsen. De huisarts is voor ons de enige die de gezondheidszorg in zijn totaliteit overziet en de enige die in staat is een diagnose te stellen. Als je een plekje wilt in het hele bestel van de gezondheidszorg dan zal je met de huisarts moeten communiceren en dan zal je hem dus op de hoogte moeten brengen wanneer een patiënt zich bij jou onder behandeling stelt en wat je met de patiënt doet (...). Het is heel wisselend omdat het moeizame contacten zijn. Dat wordt wel minder omdat de totale opinie anders is geworden.'*

*'Wij streven ernaar een onderdeel te zijn van de gezondheidszorg en doen er alles aan om dat te bereiken. Op individueel niveau zijn er wel praktijken die een goede verstandhouding met reguliere artsen of specialisten hebben en wordt er ook wederzijds goed gecommuniceerd. Op officieel niveau ligt dat moeilijker.'*

*'Er wordt gestreefd naar een stringente samenwerking met de reguliere zorg. Zoveel als mogelijk is worden (via de patiënt) uitslagen van eerdere onderzoeken opgevraagd en benut. Eveneens wordt teruggereporteerd naar de behandelend arts indien de patiënt daar toestemming voor geeft. Overigens zijn wij alleen competent tot het behandelen van chronische klachten (de patiënt heeft het reguliere circuit doorlopen). Voor alle dagelijkse of acute klachten zijn wij niet bevoegd. Voor deze zaken wordt de patiënt doorverwezen naar de huisarts.'*

*'Volgens de erecode, het huishoudelijk reglement en het beroepsprofiel mag er geen behandeling plaatsvinden van patiënten die niet van de huisarts komen. Een patiënt moet vooraf zijn arts hebben geraadpleegd. Huisartsen verwijzen soms zelf door. Wat betreft de begrenzing van de aandoening: in de opleiding mag men nog niet alle ziektes behandelen. De therapeut zal reguliere medische hulp nooit afwijzen.'*

*'De therapeut is niet verplicht overleg te hebben. Zelf zou ik het heel prettig vinden als ik over iedere cliënt even kon overleggen met de huisarts. Het varieert van therapeut tot therapeut. Sommigen zijn er erg goed in; anderen zijn erg individualistisch en hebben nauwelijks overleg. Het kan nog veel beter, dat moet.'*

*'Het advies is de huisarts van de patiënt in te lichten, maar dat is geen verplichting. Ook adviseren we bij het starten van een praktijk contact op te nemen met de huisartsen in de omgeving. Meestal komt er overigens geen reactie terug.'*

*'Wij stellen een goede relatie met de reguliere zorg op prijs. Patiënten worden ook naar de huisarts verwezen als de therapeut daar aanleiding toe ziet. Dat is belangrijk omdat patiënten ook zonder verwijzing door de huisarts bij ons kunnen aankloppen. De therapeut moet dan kunnen inschatten wanneer hij de patiënt niet in behandeling moet nemen en moet doorverwijzen naar de huisarts. Omdat onze therapie vrij onbekend is, is er vanuit de reguliere zorg soms een wantrouwende houding.'*

*'De therapeut moet zijn grenzen weten, wat hij mag en kan doen, waar zijn deskundigheid ophoudt en wanneer hij moet doorverwijzen naar een huisarts of specialist. Dat staat omschreven, maar verder is het een kwestie van eigen inzicht en verantwoordelijkheid. Overleg met reguliere artsen wordt aanbevolen, maar er is geen specifieke regelgeving. Die komt er in de toekomst misschien wel.'*

*'Regels over de begrenzing van de aandoeningen zijn opgenomen in het beroepsprofiel. Voor doorverwijzing geldt dat in geval van lichamelijke verschijnselen de therapeut de cliënt eerst naar een arts dient te verwijzen alvorens aan de therapie te beginnen.'*

*'We zijn er nog niet aan toegekomen. Het heeft geen prioriteit. Er zijn wel leden die samenwerken, maar dat is incidenteel.'*

#### Reguliere achtergrond:

*'Hoewel alle leden arts zijn, is de relatie tot de reguliere zorg niet in alle gevallen probleemloos. Indien een lid veel onbegrip van het reguliere circuit heeft ontmoet, kan dit ertoe leiden dat hij zich daarvan afkeert. Een wens van de meerderheid van de leden is de therapie als specialisatie op te nemen in de reguliere geneeskunde.'*

*'Er wordt niet veel samengewerkt met de reguliere gezondheidszorg. We staan wel vriendelijk tegenover elkaar. Wij werken samen met onze eigen (antroposofische) artsen. Er zijn geen afspraken gemaakt. Regels voor samenwerking ben ik nog niet tegengekomen.'*

*'Voor doorverwijzingen en informatieuitwisseling bestaan regels binnen elke beroepsgroep. Wij hebben geen eigen regels. De relatie van de leden tot de reguliere gezondheidszorg is een gegeven met het feit dat de leden allemaal regulier opgeleid en in hun eigen beroep werkzaam zijn.'*

*'Een van de hoofdthema's in het huidige beleidsplan is integratie. Voor de huisartsen gaat het vooral om de integratie van de geneeswijze in het dagelijkse huisartsenwerk, terwijl het bij de consultatieve artsen gaat om de inpassing van de beroepsgroep in het netwerk van de gezondheidszorg.'*

*'Als je consultatief patiënten van collega's gaat behandelen is het advies dat je*

*zonodig gegevens opvraagt en ook weer bericht terug stuurt aan de betreffende huisarts. Die regels hebben in de praktijk niet zo heel veel gewicht, omdat de meesten van ons gewoon huisarts zijn en geen patiënten van een andere huisarts behandelen. Het fenomeen consultatie komt wel voor maar is echt een minderheid.'*

Uit de interviews blijkt dat meer afspraken over de relatie met de reguliere gezondheidszorg zijn te vinden bij niet-reguliere opgeleiden vergeleken met de wel regulier opgeleiden. Ook blijkt dat de meerderheid van de niet-reguliere organisaties streeft naar samenwerking met en erkenning door de reguliere gezondheidszorg. Enkele geïnterviewden melden dat op individueel niveau nog wel samenwerking mogelijk is maar niet op officieel niveau. Uit de interviews ontstaat de indruk dat velen wel intenties tot samenwerking op papier hebben staan maar dat de realisering daarvan problematisch is. Bij de regulier opgeleiden blijken relatief weinig stringente regels over samenwerking met de reguliere zorg te bestaan en ook daar blijken zich in de praktijk problemen in de samenwerking voor te doen.

### 7.3 Naleving

Uit de interviews wordt niet duidelijk of de regels, voor zover aanwezig, in de praktijk ook werkelijk worden nageleefd. Zoals hiervoor al werd opgemerkt klinken soms wat aarzelingen door. Een aantal geïnterviewden laat duidelijk merken daarover twijfels te hebben. Geen van hen geeft aan dat naleving van de regels daadwerkelijk wordt gecontroleerd.

*'Iedere therapeut is verplicht om samen met de cliënt een behandelovereenkomst in te vullen. Daarin staat of de gegevens door de huisarts mogen worden opgevraagd en of gegevens na afloop van de behandeling aan de huisarts mogen worden toegezonden. Iedereen is verplicht om dat te doen, maar of ze het ook doen...'*

*'De meeste leden denken volgens mij: 'Ik ga gewoon door'. Ze gaan rustig hun gang en zijn er niet meer bewust op uit om te overtuigen. Ik vind het jammer, een open dialoog zou ik fantastisch vinden.'*

*'Sommige leden zijn fysiotherapeut, psycholoog of maatschappelijk werker en hebben zo hun relaties. Leden zonder die achtergrond krijgen vanuit de vereniging geen richtlijnen over hoe ze moeten samenwerken. Er wordt wel vanuit de opleiding en in het beroepsprofiel aangegeven dat men zonodig contact moet opnemen met de huisarts of specialist, maar dat is meer een afspraak.'*

### 7.4 Conclusie

Een minderheid heeft schriftelijke informatie voor het reguliere circuit over de alternatieve of additieve behandeling die wordt toegepast. Weinig beroepsorganisaties hebben samenwerkingsafspraken met de reguliere zorg formeel geregeld. Wel leeft bij een meerderheid van de organisaties de intentie tot samenwerking met of integratie in de reguliere gezondheidszorg. Vooral veel niet-reguliere organisaties hebben (in hun beroepsprofiel) opgenomen dat zowel terugrapportage naar de huisarts als informatie-

uitwisseling gewenst is, indien de patiënt daar toestemming voor geeft. Een minderheid van de organisaties heeft regels over de begrenzing van de aandoeningen die door de leden kunnen of mogen worden behandeld. Deze regels zijn doorgaans in algemene termen gesteld.

Het is niet duidelijk of de informatie - voor zover beschikbaar - ook werkelijk wordt gebruikt; evenmin is duidelijk of de leden zich in de praktijk houden aan de door de organisatie gestelde regels. Een aantal beroepsorganisaties ervaart enig wantrouwen van de kant van de reguliere zorg. Dat is nauwelijks verwonderlijk. Afgezien van manuele therapie, acupunctuur en homeopathie, staan huisartsen in het algemeen afwijzend tegenover alternatieve geneeswijzen, zeker als ze door niet-regulier opgeleiden worden toegepast (Visser, 1988). Maar ook alternatief ('additief') werkende artsen worden door veel van hun collega's met enig wantrouwen bejegend.



## 8 KLACHTENREGELINGEN EN TUCHTRECHT

### 8.1 Inleiding

Het klachtrecht in de gezondheidszorg is geregeld in de Wet Klachtrecht Cliënten Zorgsector. De wet bevat bepalingen over de klachtenregeling, de klachtencommissie en een correcte afhandeling van klachten. De wet is van toepassing op zorgaanbieders, voorzover deze 'een instelling in stand houden' of 'anders dan in het kader van een dienstverband met een instelling, zorg als omschreven in de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten' verlenen. De wet is in principe dus niet van toepassing op alternatieve beroepsbeoefenaren.

Evenmin zijn de beroepen in de alternatieve sector verplicht een eigen tuchtrecht te ontwikkelen. Een wettelijke tuchtrecht bestaat immers alleen voor die beroepen die in artikel 34 van de Wet BIG zijn geregeld. Tal van beroepsorganisaties in de gezondheidszorg hebben een eigen verenigingstuchtrecht ontworpen. Een nadeel daarvan is is dat de beroepsbeoefenaar zich eraan kan onttrekken (in tegenstelling tot wettelijk tuchtrecht).

Het klachtrecht is bedoeld om de patiënt-met-klachten genoegdoening te geven; het tuchtrecht om nalatige beroepsbeoefenaren tot de orde te roepen bij (het vermoeden van) nalatigheid. Het gaat dus om twee duidelijk te onderscheiden functies, al zal het één in de praktijk vaak met het ander te maken hebben: een klacht van een patiënt kan in het uiterste geval immers leiden tot een tuchtzaak tegen de beroepsbeoefenaar tegen wie geklaagd wordt.

Tweederde van de beroepsorganisaties zegt - volgens de rapportage van de eerste fase van het onderhavige onderzoek - te beschikken over regelingen voor de opvang van klachten. Ruim de helft zegt te beschikken over een intern tuchtrecht of een verenigingstuchtrecht. Daarmee handelen zij in de geest van wettelijke regelingen, hoewel zij daartoe formeel niet verplicht zijn.

### 8.2 Klachtenregelingen

Veel organisaties die over een klachtenregeling beschikken, hebben die - zo blijkt uit de interviews - niet op eigen kracht hoeven te ontwikkelen. Zij hebben daartoe met andere organisaties samengewerkt, of maken gebruik van de klachtenregeling van een koepelorganisatie. Dat doet uiteraard niets af aan de kracht van de regeling zelf. De volgende varianten zijn genoemd:

1. De *Alliantie van Natuurlijke Geneeswijzen (ANG)* heeft met instemming van de NP/CF een landelijke klachtenregeling tot stand gebracht. De beroepsbeoefenaren die zijn geregistreerd bij het Registratie-Instituut of lid zijn van een bij de ANG aangesloten beroepsorganisaties hebben zich onderworpen aan deze klachtenregeling en aan de uitspraken van de klachtencommissie. In de klachtenregeling is geen mogelijkheid van hoger beroep.
2. Het *Verbond van Beroepsorganisaties Paranormale Geneeswijzen* kent een eigen tuchtrecht, waarin een klachtenregeling is opgenomen. Elke bij het Verbond

- aangesloten vereniging heeft een klachtenraad van drie tot vijf leden.
3. Voor beroepsbeoefenaren die bij de *Stichting RING* staan geregistreerd, is de RING-klachtenprocedure bindend. Aangesloten beroepsorganisaties verplichten hun leden om patiënten op de procedure te wijzen. De beroepsorganisatie kan de klachten zelf afhandelen, als ze beschikt over een vorm van klachtopvang die in een reglement is vastgelegd en waarin de mogelijkheid van beroep volgens de RING-klachtenprocedure is opgenomen.
  4. De acht beroepsorganisaties die samenwerken in het *Overlegorgaan Beroepsverenigingen Antroposofische Gezondheidszorg (OBAG)* hebben sinds eind 1996 een gezamenlijk klachtenreglement. Klachten worden behandeld door een interdisciplinaire klachten- en bemiddelingscommissie, bestaande uit vertegenwoordigers van de aangesloten beroepsverenigingen, alsmede een patiëntenvertegenwoordiger. Een klager voert eerst een inventariserend gesprek met de aanmeldingsfunctionaris van de commissie. De klager beslist vervolgens of hij een melding wil doen, een bemiddelingsverzoek indient of een klacht wil indienen.
  5. Drie beroepsorganisaties (NVKH, NWP en NVA) hebben met de NP/CF een klachtenregeling ontwikkeld; de gezamenlijke Klachtencommissie Alternatieve Behandelwijzen (KAB) bestaat sinds november 1996. Ook bestaat een ombudscmissie homeopathie van VHAN, KVHN en NP/CF.
  6. Voor beroepsbeoefenaren (artsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen) die in de regulier sector werkzaam zijn, gelden uiteraard de daar aanwezige, wettelijk verplichte klachtenregelingen conform de Wet Klachtrecht. Binnen de AAG wordt gewerkt aan het ontwikkelen van een klachtenregeling in samenwerking met de NP/CF en het CBO.

Enkele organisaties hebben een eigen klachtenopvang ontwikkeld. Door de geringe omvang van de organisaties en het kleine aantal ingediende klachten, speelt bemiddeling tussen klager en therapeut daarin een belangrijke rol. In een enkel geval bestaat de regeling alleen op papier maar functioneert niet in de praktijk.

*'We hebben een klachtenopvang. Er komen zeer sporadisch klachten binnen. Patiënten krijgen bij een eerste bezoek een folder zodat ze weten waar ze terecht kunnen. Een klacht wordt in eerste instantie door het bestuur bekeken en in sommige gevallen ook afgehandeld. Is dat niet mogelijk, dan wordt de klacht voorgelegd aan de tuchtcommissie. Het is aan het bestuur om na de uitspraak van die commissie sancties te nemen.'*

*'In eerste instantie proberen we een overlegsituatie tussen de therapeut en de cliënt te bevorderen en te kijken of daar mogelijkheden zijn. Lukt dat niet, dan gaat de klachtencommissie in overleg met het betreffende lid en de cliënt zelf. Mochten we daar niet uitkomen, dan proberen we extern adviezen te krijgen.'*

*'De klachtenopvang is statutair geregeld. Alleen moeten de werkzaamheden van de commissie nog in het huishoudelijk reglement worden geregeld. In eerste instantie zal het bestuur proberen te bemiddelen bij een klacht. Indien dat niet lukt zal de klachtencommissie in het leven worden geroepen.'*

*'We hebben geen continue klachtencommissie, al hoort die er volgens het huishoudelijk reglement wel te zijn. Bij eventuele klachten - maar die zijn er eigenlijk niet - kan uit de toetsingscommissie een klachtencommissie worden samengesteld.'*

### 8.3 Tuchtrecht

Net als de klachtenregeling, hebben veel organisaties ook het interne tuchtrecht of verenigingstuchtrecht geregeld via het lidmaatschap van een koepelorganisatie. De volgende varianten zijn genoemd:

1. Alle leden van de bij de ANG aangesloten beroepsorganisaties zijn onderworpen aan het tuchtrecht van de ANG. De tuchtrechtspraak wordt uitgeoefend door een Raad van Toezicht, die uit vijf leden bestaat. Tegen een uitspraak van de Raad is hoger beroep mogelijk bij het Hof van Toezicht, dat eveneens vijf leden telt. Mogelijke maatregelen zijn: waarschuwing; berisping; geldboete van ten hoogste tienduizend gulden; schorsing (gedurende maximaal twee jaar) als lid bij de beroepsvereniging, met aantekening daarvan in het beroepsregister van de ANG; ontzetting uit de beroepsvereniging, met doorhaling in het beroepsregister. Voor organisaties waarvan niet alle leden bij de ANG zijn aangesloten (vaak is er een keuzevrijheid, ook al omdat het lidmaatschap extra geld kost) kan aansluiting bij de ANG tot problemen leiden:
 

*'Het tuchtrecht van de ANG is alleen van toepassing op leden die aangesloten zijn bij de ANG. Dat is het tweesporenbeleid binnen de organisatie. Leden kiezen zelf voor het lidmaatschap van de ANG. Als men alleen van onze organisatie lid is, is er geen tuchtrecht. Daar wordt wel aan gewerkt.'*
2. Ook de Klachtenraad van verenigingen die zijn aangesloten bij het *Verbond* heeft een aantal sanctiemogelijkheden: waarschuwing; berisping; een aanzienlijke geldboete; schorsing voor ten hoogste zes maanden; ontzegging van de bevoegdheid tot uitoefening van de paranormale geneeswijze onder de naam van de vereniging; betaling van (een deel van) de proceskosten. Beroep is mogelijk bij de Raad van Beroep en nadien de Raad van Tucht.
3. Het *RING*-tuchtrecht is het geheel van bepalingen en regelingen dat beroepsorganisaties hanteren om leden te corrigeren als zij zich bij het uitoefenen van het beroep niet houden aan de geldende bepalingen en kwaliteitsnormen. Alle *RING*-geregistreerden zijn aan het tuchtrecht onderworpen.
4. De *OBAG* werkt momenteel aan een tuchtrecht binnen de antroposofie. Het reglement wordt door de organisaties gezamenlijk ontwikkeld, maar de uitvoering wordt waarschijnlijk niet - zoals bij de klachtenregeling - in handen gelegd van een interdisciplinaire commissies, maar van drie commissies voor respectievelijk (antroposofisch werkende) artsen, psychotherapeuten en therapeuten/verpleegkundigen.
5. Regulier opgeleide beroepsbeoefenaren (artsen, fysiotherapeuten, verpleegkundigen, psychologen), zijn uiteraard (ook) onderworpen aan het wettelijk tuchtrecht.

Enkele organisaties hebben zelf een intern tuchtrecht ontwikkeld. Voor een kleine organisatie is dat niet eenvoudig, omdat men goed in de materie moet zijn ingevoerd. Wel geeft het de vrijheid daarin zaken te regelen die in eigen kring belangrijk worden gevonden, zoals de bescherming van de therapeuten.

*'We hebben een tuchtrecht opgesteld en aangenomen. We hebben mensen uitgenodigd in het college zitting te nemen, en toen bleek dat het niet goed in elkaar zat. Er moet dus nog verder aan gewerkt worden.'*

*'Het tuchtrecht bevat clausules om de therapeuten te beschermen tegen patiënten. Dit is niet opgenomen in de WGBO. Het tuchtrecht bevat verder artikelen die de stichting moeten beschermen tegen therapeuten die zich tegen*

*de stichting keren.'*

*'De patiënt kan klagen over een therapeut, maar de therapeut dreigt tussen wal en schip te raken als er echt iets aan de hand is. Als een therapeut iets laakbaars heeft gedaan, ga je daar als bestuur niet achter staan, maar wacht je de uitspraak van de klachtencommissie af. De therapeut weet dan niet wat hij verder kan doen. Daarom hebben we kort geleden een vertrouwensman voor de therapeuten aangesteld. Als therapeuten zich afvragen of iets eigenlijk wel kan, kunnen ze die bellen.'*

Een aantal organisaties heeft (nog) geen interne tuchtrechtspraak geregeld. Redenen die zijn genoemd zijn: er wordt door de koepelorganisatie (namelijk binnen de antroposofie; zie hierboven) aan gewerkt; men weet niet precies wat daar in moet staan; men twijfelt aan de noodzaak.

*'We zullen het tuchtrecht moeten regelen naar het voorbeeld van een andere vereniging. We weten nog niet wat er in moet staan.'*

*'Er zijn al minstens twee manieren om de kwaliteit van de beroepsuitoefening te bewaken. Ten eerste is er de klachtenregeling. Als er klachten over een lid binnenkomen, kan het bestuur stappen ondernemen. Ten tweede is er het beroepsregister. Als een lid zich misdraagt, kan hij als ultieme sanctie uit het beroepsregister worden geschrapt. Een eventueel tuchtrecht voegt hier weinig aan toe.'*

Een kleine minderheid heeft noch een klachtenregeling noch een tuchtrecht ontwikkeld. Sommigen van hen overwegen zich aan te sluiten bij een koepelorganisatie (ANG of RING) en de daar bestaande regelingen over te nemen. Eén organisatie bezint zich op de eigen toekomst en is nog niet aan een klachtenregeling of tuchtrecht toe. In een andere organisatie stuit het onderwerp zelf op verzet.

*'Een tuchtcommissie ligt in ons wereldje heel moeilijk, want wie heeft er gelijk? Dat zijn dingen die pas goed geregeld kunnen worden wanneer je over erkenning gaat spreken. Van de tuchtcommissie staat nog niets op papier.'*

## **8.4 Acceptatie**

Bij de beroepsorganisaties die een regeling hebben ontworpen, lijkt deze in de praktijk niet of nauwelijks op bezwaren te stuiten. Een belangrijke reden daarvan is dat er zo weinig klachten binnenkomen, dat de leden er in de praktijk zelden of nooit mee worden geconfronteerd.

Een enkele organisatie schrijft voor dat de leden een folder met de klachtenregeling klaar moeten hebben liggen voor hun patiënten. Controle daarop vindt echter niet plaats. Vrij algemeen wordt verondersteld dat patiënten de weg wel weten te vinden, als ze weten dat hun behandelaar lid is van een bepaalde beroepsorganisatie.

*'In de afgelopen zestien jaar hebben we ongeveer twintig keer met een klacht te maken gehad. De meeste zijn telefonisch afgehandeld. Vaak is er sprake van communicatieproblemen, vindt men dat de therapeut onvoldoende heeft geluisterd of dingen doet zonder deze naar behoren uit te leggen.'*

*'In de opleiding wordt plaats ingeruimd voor tuchtrecht en het klachtenreglement. Iedereen weet dat er een tuchtrecht is en hoe dat in elkaar steekt. Ook patiënten weten dat er een tucht- en klachtregeling is.'*

*'De therapeuten staan achter het tucht- en klachtreglement. Men is zelden onder de indruk van de gedetailleerdheid ervan, tot het moment dat het toegepast wordt. Op het moment dat de reglementering wordt gemaakt is iedereen het er over eens. Tot het moment dat het een keer realiteit wordt.'*

*'Onder de leden leeft dit alles niet sterk.'*

*'Bij de formulering van richtlijnen en reglementen hebben zich tot nu toe geen problemen voorgedaan. Integendeel, men was blij dat er iets was.'*

*'In de folder staat dat men een leraar moet zoeken die lid is van de vereniging. Als er dan een probleem is, hoop ik dat men terug komt bij de vereniging, maar dat staat er niet met zoveel woorden in. We weten niet in hoeverre mensen dat doen.'*

## 8.5 Conclusie

Veel beroepsorganisaties in het alternatieve veld handelen in de geest van de wet door zelf klachtregelingen en interne tuchtrechtregelingen te ontwikkelen. Hoewel het om twee gescheiden zaken gaat, zijn beide vaak aan elkaar gekoppeld. Dat betekent dat het bestuur van een vereniging gerechtigd is om op basis van een klacht van een patiënt maatregelen te nemen tegen een behandelaar.

De meeste organisaties beschikken op papier over een regeling voor de klachtenopvang en over een intern tuchtrecht of verenigingstuchtrecht. Vaak is dat niet (alleen) door de organisatie zelf ontwikkeld, maar met andere organisaties samen of binnen een koepelorganisatie. Zeker kleine organisaties maken gebruik van een eenvoudige regeling, waarin is vastgelegd waar patiënten met klachten terecht kunnen en onder welke omstandigheden het bestuur bevoegd is om op te treden tegen beroepsbeoefenaren.

## 9 BESCHOUWING

### 9.1 Inleiding

In dit interimrapport is een beeld geschetst van de wijze waarop beroepsverenigingen in de alternatieve genees- en behandelwijzen te werk gaan bij het ontwikkelen en implementeren van een kwaliteitsbeleid, conform de doelstelling van dit onderzoek. Tevens is in kaart gebracht op welke gebieden zich problemen bij de implementatie voordoen en in welke richting daarvoor oplossingen worden gezocht.

Dit interimrapport is een tussentijds verslag van een groter onderzoek dat uit drie fasen bestaat. In de eerste fase is in 1996 een referentiekader ontwikkeld dat de normen bevat voor een acceptabel kwaliteitsniveau in het alternatieve veld. Tevens is een enquête gehouden onder ruim 80 beroepsorganisaties om de stand van zaken bij hen in kaart te brengen, gerelateerd aan de normen uit het referentiekader (NIVEL, 1997). In grote lijnen blijkt daaruit dat de verenigingen gemiddeld aan ruim de helft van de normen voldoen en dat velen van plan zijn de overige normen stap voor stap in te gaan vullen. De gegevens uit deze eerste fase - en in het verlengde daarvan ook de gegevens uit de huidige tweede fase - kunnen beschouwd worden als een nul-meting waaraan op een later tijdstip (in de derde fase van het onderzoek) de vorderingen aan kunnen worden afgemeten. Tegelijkertijd zal dan zichtbaar worden in hoeverre de door het Ministerie van VWS genomen stimulerende maatregelen een impuls aan de kwaliteitsontwikkelingen hebben gegeven. Deze maatregelen bestaan uit subsidies aan het CBO (Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing), het NIGZ (Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Preventie) en de Consumentenbond die de opdracht hebben gekregen het alternatieve veld terzijde te staan bij de kwaliteitsontwikkelingen via respectievelijk ondersteuning bij, informatievoorziening over en evaluatie van het kwaliteitsbeleid. Het NIVEL-onderzoek heeft als doel deze ontwikkelingen te volgen en op termijn mogelijke effecten daarvan in kaart te brengen.

De oorsprong van de huidige aandacht voor kwaliteitsbeleid in de zorgsector ligt in de - eind jaren 80 aangekondigde - overheidsplannen om de kwaliteitsbewaking in toenemende mate aan het veld zelf over te laten en bovendien beperkte marktwerking in de zorgsector te introduceren. Zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars krijgen daarbij meer verantwoordelijkheden en meer vrijheden. De belangrijkste verantwoordelijkheid van de zorgaanbieders is de systematische bewaking en verbetering van de kwaliteit, zo is afgesproken op de Leidschendamconferenties in 1990 en later bekrachtigd in de Kwaliteitswet Zorginstellingen en in de Wet BIG. Zorgverzekeraars krijgen meer vrijheden in het contracteren van zorg maar zijn wel verplicht daarbij op kwaliteit te letten. Kwaliteitsbeleid werd daarmee een speerpunt in de zorgsector, ook in het alternatieve veld.

De laatste jaren is ook te zien dat zorgverzekeraars in toenemende mate alternatieve genees- of behandelwijzen in hun aanvullende verzekeringspakketten opnemen. Voor de beroepsorganisaties in het alternatieve veld is dat een reden om zich te (willen) profileren op kwaliteit. Ook de maatschappelijke positie van het alternatieve veld verandert omdat er met het in werking treden van de Wet BIG geen sprake meer is van het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst. Het de laatste decennia gevoerde gedoogbeleid wordt daarmee gelegitimeerd. Ook op Europees niveau is - in verband met maximale keuzevrijheid van de consument - een tendens waarneembaar om

bepaalde alternatieve genees- of behandelwijzen - onder nog nader te bepalen restricties - te erkennen en de regelingen hieromtrent op Europees niveau gelijk te trekken.

Deze ontwikkelingen betekenen dat zich voor het alternatieve veld nieuwe kansen aandienen waardoor veel beroepsverenigingen zich opnieuw over hun positie (en hun kwaliteitsbeleid) beginnen te beraden, zoals ook uit het huidige onderzoek blijkt.

Dit interimrapport is gebaseerd op diepte-interviews met 40 beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen. Zij vormen een selectieve steekproef. Voor het onderzoek zijn drie groepen organisaties geselecteerd: organisaties die nog aan het begin staan van de kwaliteitsontwikkelingen, organisaties die daarmee vergevorderd zijn en een middengroep die een tussenpositie inneemt. Dit is gedaan om een zo volledig mogelijk beeld van de ontwikkelingen te kunnen schetsen, nadrukkelijk zonder de pretentie een representatief beeld van het alternatieve veld te willen geven. De geïnterviewde organisaties variëren in grootte van minder dan 10 tot ruim 800 leden en hebben bij elkaar ruim 6.500 praktizerende leden. Dat is iets meer dan de helft van de in totaal 11.000 georganiseerde alternatieve beroepsbeoefenaren (NIVEL, 1997).

In de interviews is gevraagd naar de tot nu toe opgedane ervaringen met het ontwikkelen en implementeren van een kwaliteitsbeleid en de toekomstplannen op dat gebied. Dit betekent dat de gegevens in dit rapport een afspiegeling zijn van de processen die zich binnen de beroepsverenigingen afspelen en van nieuwe ontwikkelingen die de komende jaren naar verwachting te zien zullen zijn in het alternatieve veld.

In dit laatste hoofdstuk geven we een beschouwing op dit - soms nog prille - proces, aan de hand van de volgende vier vragen:

- Hoe verloopt de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid?
- Wat zijn de huidige speerpunten in dat beleid?
- Hoe verloopt de implementatie van (onderdelen van) het beleid?
- Welke factoren bevorderen of belemmeren de implementatie?

## 9.2 De ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid

Bij het ontwikkelen van een kwaliteitsbeleid wordt door de meeste geïnterviewden gedacht aan al aanwezige plannen ten aanzien van (het verhogen van de) opleidingseisen, het reguleren van na- en bijscholing, het aanleggen van een beroepsregister en/of herregistratie-systemen. De overwegingen die daarbij een rol spelen zijn enerzijds het streven het niveau van de hele beroepsgroep op een hoger plan te tillen; anderzijds wil men daarmee erkenning verwerven van Nederlandse of Europese koepelorganisaties door de door hen gestelde eisen in te (gaan) vullen. Ook meldt men dat de organisatie stap voor stap aan de normen van het referentiekader gaat voldoen om op die wijze invulling aan het kwaliteitsbeleid te geven. Een minderheid van de organisaties is nog niet zover. Deze organisaties zijn van plan eerst de fundamenten van het beroep goed te regelen, bijvoorbeeld via het ontwikkelen van een beroepsprofiel waarin beschreven wordt wat de behandeling inhoudt en welke deskundigheden daarvoor zijn vereist.

Het valt op dat bovenstaande plannen ten aanzien van het kwaliteitsbeleid veel verwantschap vertonen met het algemene beleid van de beroepsgroep. Een scheiding tussen algemeen beleid en kwaliteitsbeleid - anders dan een naamsverandering - is vaak moeilijk aan te brengen, en verschillende geïnterviewden merken op dat het beleid altijd al op kwaliteit was gericht.

Vergeleken met reguliere beroepsgroepen is de overeenkomst dat het kwaliteitsbeleid

bij beide gericht is op het reguleren van na- en bijscholing, (her)registratie en ook wel visitatie. Het verschil is dat in het alternatieve veld daarnaast het accent ligt op de opleidingen - mede omdat die opleidingen niet bij wet geregeld zijn - terwijl in het reguliere veld een accent ligt op nieuwe kwaliteitsactiviteiten als intercollegiale toetsing of protocollering.

Het ontwikkelen van het (kwaliteits)beleid blijkt bij bijna de helft van de organisaties te leiden tot een heroriëntatie. Men bezint zich opnieuw op de positie die men in de toekomst wil gaan innemen en op de functie die de beroepsvereniging daarbij wil en kan vervullen. Vragen die daarbij aan de orde komen zijn: Streeft men wel of niet naar integratie in de reguliere gezondheidszorg? Is een HBO-niveau noodzakelijk voor het zelfstandig toepassen van de genees- of behandelwijze<sup>1</sup>? Wil en kan de vereniging verantwoordelijk zijn voor de kwaliteitsbewaking van de leden? Wil men een belangenvereniging zijn of een wetenschappelijke vereniging, uitsluitend vanuit de inhoudelijke interesse in de geneeswijze? Wil men een kleine(re) vereniging zijn met strenge lidmaatschapseisen of een grote vereniging met wat soepeler eisen?

Een dergelijke bezinning zal, naar wij aannemen, leiden tot een duidelijker visie op het beroep en daarmee een goede basis vormen voor het te ontwikkelen kwaliteitsbeleid, een volgorde die ook altijd in de kwaliteitsliteratuur wordt bepleit. Naar onze mening is het daarom van belang dat beroepsverenigingen zich voldoende tijd gunnen om dit proces van heroriëntatie zorgvuldig en grondig te laten verlopen omdat het uiteindelijk zal leiden tot grotere duidelijkheid in het alternatieve veld.

### 9.3 Speerpunten in het beleid

Het onderwerp dat het hoogst op de agenda staat is opleiding, bij- en nascholing. Hoewel nagenoeg alle organisaties altijd al eisen stelden aan de opleiding van de leden zijn nu veel organisaties bezig met het verhogen en aanscherpen van de opleidingseisen, zoals hiervoor al werd vermeld. In zijn algemeenheid worden de hogere eisen geaccepteerd door de leden, aldus de geïnterviewden, althans door nieuwe leden. Voor zittende leden (die niet aan de verzwaarde eisen voldoen) worden overgangsregels ingesteld of wordt gewerkt met gedifferentieerde lidmaatschapseisen voor zittende en nieuwe leden. Ook het reguleren van bij- en nascholing heeft hoge prioriteit: men is van plan na- en bijscholing te gaan accrediteren (= kwaliteitskeurmerken toekennen aan na- en bijscholing die aan bepaalde eisen voldoet) en een niet onaanzienlijk deel van de organisaties overweegt na- en bijscholing verplicht te gaan stellen. Evenals in de reguliere zorg wil men op den duur het volgen van geaccrediteerde na- en bijscholing verbinden aan opname in het beroepsregister of aan herregistratie. Veel alternatieve beroepsorganisaties bevinden zich nog midden in dit proces van beleidsontwikkeling zodat de meerderheid nog geen ervaring met implementatie heeft opgedaan.

Relatief veel organisaties die nog niet over een beroepsprofiel beschikken werken hard aan de totstandkoming daarvan, daarbij ondersteund door het CBO. Van belang is hierbij dat het CBO tegelijkertijd met het ontwikkelen van de beroepsprofielen een blauwdruk voor beroepsprofielen zal ontwikkelen, zodat in de nabije toekomst duidelijk wordt aan welke eisen een goed beroepsprofiel zou moeten voldoen. Uit het oogpunt

---

<sup>1</sup> De AAG is van mening dat een HBO- of universitair niveau voor veel typen behandelingen noodzakelijk is.



van kwaliteit is dat een belangrijke ontwikkeling omdat een beroepsprofiel inzicht geeft in alle aspecten van het beroep en daarmee bijdraagt aan de transparantie van de alternatieve beroepsuitoefening.

Om een zorgvuldige omgang met de patiënt of cliënt te waarborgen beschikken bijna alle organisaties over een gedragscode waaraan de leden zijn gebonden en een klachtenregeling en/of interne tuchtrechtregeling. Het is opvallend dat klacht- en tuchtrechtregelingen vaak op koepelniveau worden geregeld of in samenwerkingsverbanden met meerdere beroepsorganisaties, zodat niet iedere vereniging een eigen regeling hoeft te ontwerpen. Ook het feit dat een beperkt aantal klachtenregelingen in samenwerking met patiënten-/consumentenorganisaties worden (of zijn) opgesteld mag een gunstige ontwikkeling worden genoemd.

Een punt van discussie is nog de vraag, zo blijkt uit de interviews, of binnen de (alternatieve) verenigingen van reguliere beroepsbeoefenaren (artsen, fysiotherapeuten, psychotherapeuten enz.) eigen gedragscodes en klachtenregelingen ingevoerd moeten worden. Tenslotte zijn de leden uit hoofde van hun reguliere beroep onderworpen aan de gedragscodes en het wettelijk tuchtrecht, zodat sommige geïnterviewden een verdubbeling van regels niet nodig achten. Anderen zijn van mening dat dit wel wenselijk is omdat niet alle leden lid zijn van de reguliere koepelorganisatie (bijvoorbeeld de KNMG). De eerder genoemde heroriëntatie bij de beroepsverenigingen zal er naar onze mening toe kunnen leiden dat onderbouwde besluiten ten aanzien van het wel of niet invoeren van aanvullende regels worden genomen.

#### **9.4 Implementatie van het beleid**

De gegevens uit eerder onderzoek laten zien dat de implementatie van een kwaliteitsbeleid niet bestaat uit een eenmalige grootscheepse actie maar dat stapsgewijs onderdelen van dat beleid worden ingevoerd. De gegevens uit dit onderzoek bevestigen dat beeld. Ook blijkt dat de beroepsorganisaties bij de implementatie van (onderdelen van het) kwaliteitsbeleid globaal op dezelfde wijze te werk gaan als in de reguliere gezondheidszorg, en wel als volgt. De beroepsverenigingen proberen op diverse manieren de interesse van de leden te wekken en een draagvlak voor de veranderingen te creëren. Het meest frequent gebeurt dat door het verstrekken van informatie via publikaties in het verenigingsblad of via een speciaal rondschrijven. De plannen worden geagendeerd op de Algemene Ledenvergadering en er zijn ook verenigingen die regionale bijeenkomsten organiseren om de plannen te bespreken. Incidenteel wordt door verenigingen gewerkt aan het verbeteren van de infrastructuur om in de toekomst betere communicatiekanalen te hebben om het beleid te implementeren. Enkele organisaties houden altijd meningspeilingen onder de leden om te onderzoeken wat het draagvlak is en wat wel en niet haalbaar is binnen de beroepsgroep. Uit het onderzoek blijkt dat de hier genoemde implementatie-strategieën zowel gebruikt worden door verenigingen die ver en die minder ver zijn met de ontwikkeling van hun (kwaliteits)beleid. Dit is begrijpelijk omdat het in alle gevallen gaat om een verandering voor de leden, of het nu gaat om het implementeren van een klachtenregeling of om nieuwe nascholings-eisen. Bij elke verandering wordt opnieuw geprobeerd de interesse van de leden te wekken en een draagvlak te creëren, om zo uiteindelijk het gedrag van de leden te beïnvloeden en de kwaliteit van de beroepsuitoefening te verhogen.

Uit dit onderzoek blijkt dat het mogelijk is een vereenvoudiging aan te brengen in het implementatievraagstuk. Er is een duidelijk onderscheid aan te brengen tussen gebieden waarop zich wel en waarop zich geen problemen voordoen bij de implementatie

van nieuwe kwaliteitseisen en de handhaving daarvan. We gaan eerst in op gebieden waarop handhaving van de interne regelgeving in principe geen probleem behoeft te zijn, namelijk:

- opleidingseisen;
- na- en bijscholing;
- beroepsregister;
- herregistratie;
- klachtenregeling;
- tuchtrecht.

Voor de beroepsverenigingen is het in principe geen probleem om te zorgen voor handhaving van (nieuwe) opleidings- en nascholingseisen omdat dit kan worden gecontroleerd bij aanmelding via de diploma's en de toelatingsgesprekken die worden gehouden. Ook ten aanzien van eventueel verplichte nascholing verwacht men wat betreft bewaking van de naleving weinig problemen omdat dit bij opname in het beroepsregister en bij de (toekomstige) herregistratie kan worden gecontroleerd.

Bij de handhaving van de klachtenregelingen en het interne tuchtrecht dienen zich volgens de geïnterviewden eveneens weinig problemen aan omdat men in het uiterste geval de beroepsbeoefenaar het lidmaatschap kan ontzeggen of hem/haar uit het beroepsregister kan schrappen. In de praktijk zal echter niet snel tot zulke zware sancties worden overgegaan, vermoeden wij.

Hoewel de bewaking dus in theorie geen problemen hoeft te geven zal een beroepsorganisatie wel een balans moeten vinden tussen de hoogte van de (nieuwe) eisen en datgene wat nog acceptabel en haalbaar is voor met name de zittende leden. Uit de interviews blijkt dat met name de ontwikkeling van nieuwe regels aanleiding kunnen geven tot (veel) discussies binnen de beroepsgroep. Het zal van groot belang zijn consensus over de (nieuwe) regels te bereiken en een draagvlak te creëren, zo melden de geïnterviewden. Zodra de regels zijn vastgesteld hebben de beroepsverenigingen een instrument in handen om naleving van de regels te waarborgen via het lidmaatschap van de vereniging of via opname in het beroepsregister of toekomstige herregistratie. Vanzelfsprekend vereist dit wel een goed functionerend bestuur of bureau van de vereniging en voldoende menskracht om de werkzaamheden uit te voeren.

Handhaving van regelgeving is niet zonder meer door de vereniging te waarborgen indien het gaat om:

- het methodisch technisch handelen;
- de attitude van de beroepsbeoefenaar;
- de organisatie van de beroepsuitoefening;
- de relatie tot de reguliere zorg.

Deze gebieden betreffen de individuele beroepsuitoefening zelf, dat wil zeggen de wijze waarop de beroepsbeoefenaar de patiënt of cliënt behandelt en bejegt. Hoewel daartoe gedragscodes worden vastgelegd binnen de beroepsvereniging, kan het bestuur van de vereniging geen directe invloed op dit gedrag uitoefenen. Veel geïnterviewden zijn zich hiervan bewust. Zij beraden zich over manieren om indirect de kwaliteit van deze individuele beroepsuitoefening te bevorderen of te bewaken. Over de wenselijkheid daarvan, de acceptatie en de uitvoerbaarheid wordt verschillend gedacht, en wel als volgt:

De meerderheid van de geïnterviewden zegt het vanzelfsprekend te vinden dat de leden zich conform het beroepsprofiel of de gedragscode gedragen. Zij achten dat inherent aan de filosofie van de genees- of behandelwijze en wijzen daarnaast op de

eigen verantwoordelijkheid van de behandelaar. Bovendien, zo meldt men, bestaan er achteraf correctiemogelijkheden omdat via de klachtenregeling en het tuchtrecht ingegrepen kan worden bij onzorgvuldig handelen. Een minderheid vindt aanvullende kwaliteitsbewaking daarom niet nodig of niet wenselijk.

Ruim de helft overweegt wel aanvullende vormen van kwaliteitsbevordering in te gaan voeren. Vergeleken met de reguliere beroepsgroepen zijn slechts zeer weinigen daarbij van plan om intercollegiale toetsing te gaan invoeren (als reden wordt soms de omslachtigheid van die methode genoemd). Veel vaker beraadt men zich - naast sociale controle - op intervisie of intercollegiaal overleg en op visitatie.

Intervisie of intercollegiaal overleg wordt daarbij niet zozeer opgevat als een vorm van controle maar meer als een stimulans om ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren. Visitatie - al dan niet steekproefsgewijs - achten velen een adequate vorm van kwaliteitsbewaking.

Ten aanzien van eventuele visitatie worden twee problemen gesignaleerd. Het eerste probleem is dat met visitatie vooral de randvoorwaarden kunnen worden bewaakt (praktijkrichting en organisatie) maar niet de behandeling en bejegening van de patiënt of cliënt. Om die reden acht een aantal geïnterviewden visitatie als kwaliteitscontrole van beperkte waarde. Zij zouden liever het accent leggen op kwaliteitsverbetering via de feedback die bij visitatie wordt gegeven. Het tweede probleem is dat visitatie voor de vereniging nauwelijks uitvoerbaar lijkt te zijn als men berekent hoeveel tijd en menskracht daarmee gemoeid zou zijn. De geïnterviewden wijzen erop dat het bestuur van de vereniging doorgaans uit vrijwilligers bestaat die geen tijd overhouden om deze tijdrovende taak erbij te nemen. Voor dit probleem lijkt vooralsnog geen oplossing voorhanden.

In de hier genoemde activiteiten (intercollegiaal overleg, visitatie) ligt het accent op interne kwaliteitsbevordering door de beroepsvereniging zelf. In de reguliere gezondheidszorg zijn daarnaast vormen van externe kwaliteitsbeoordeling in opkomst, met name beoordeling door (regionale of landelijke) patiënten/consumentenorganisaties, die de behandeling en bejegening vanuit het patiëntenperspectief beoordelen en daarover feedback geven. Vooralsnog zijn het met name zorginstellingen die op deze wijze beoordeeld worden (intramurale sector). In de interviews is door de beroepsorganisaties nog weinig gewag gemaakt van plannen in de richting van beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties.

## 9.5 Bevorderende en belemmerende factoren

Door de geïnterviewden zijn zowel factoren genoemd die de implementatie bevorderen als factoren die de implementatie belemmeren. Factoren die de implementatie bevorderen zijn:

- de leden vormen een hechte groep;
- de leden zijn gemotiveerd zich te onderscheiden in kwaliteit;
- de leden zijn altijd al gewend aan hoge eisen (bijv. in de opleiding);
- de vereniging is klein (alles wordt in onderling overleg beslist);
- er bestaan korte communicatielijnen tussen bestuur en de leden;
- er is een goede infrastructuur in de vereniging;
- alle veranderingen worden geleidelijk ingevoerd;
- er bestaan overgangsregelingen voor zittende leden;
- via enquêtes wordt de mening van de leden gepeild;
- de vereniging stelt weinig aanvullende eisen;

- leden ontvangen een financiële tegemoetkoming in de kosten van bijscholing<sup>2</sup>

In grote lijnen laten deze factoren zien dat de implementatie soepeler verloopt indien de vereniging erin slaagt de leden voor het beleid te interesseren en te motiveren; indien de vereniging een goede infrastructuur heeft met korte communicatielijnen; indien de veranderingen geleidelijk worden ingevoerd met overgangsregelingen voor de zittende leden en, indien men voeling houdt met wat er onder de leden leeft via meningspeilingen of enquêtes onder de leden. Dit laatste betekent dat veranderingen niet zonder meer vanuit het bestuur worden opgelegd (top-down) maar dat de leden actief bij de veranderingen worden betrokken (bottom-up).

Niet verwonderlijk zijn de factoren die de implementatie belemmeren voor een groot deel de tegenhanger van de bevorderende factoren. Belemmerend is volgens de geïnterviewden:

- leden zien het belang niet in (van kwaliteitsactiviteiten);
- men hecht meer belang aan ontwikkeling van de geneeswijze (bijv. via effectonderzoek);
- regelgeving betekent inperking van de individuele vrijheid;
- de verplichtingen voor de leden stapelen zich op (van na- en bijscholing);
- de vereniging is groot (men moet veel leden mee zien te krijgen);
- er is veel diversiteit onder de leden (in achtergrond, opvattingen);
- er is geen goede infrastructuur of communicatiestructuur in de vereniging;
- het ontwikkelen en implementeren vraagt (zeer) veel tijd;
- de financiën en menskracht ontbreken;
- er bestaan geen sanctie-mogelijkheden.

Deze belemmeringen komen ook uit onderzoek in de reguliere zorg naar voren. Er zijn geen kant en klare oplossingen voor aan te dragen. Ook over de werkzaamheid van de tot nu toe ontwikkelde implementatie-modellen zijn nog nauwelijks gegevens bekend. Duidelijk is wel dat de vereniging er eerst in zal moeten slagen de leden voor het nieuwe beleid te motiveren, bijvoorbeeld door aan hen inzichtelijk te maken wat het nieuwe beleid voor hen op zou kunnen leveren (denk bijvoorbeeld aan verhoging van de status van het beroep, een appèl doen op de professionaliteit (beroepstrots) van de leden, mogelijk meer acceptatie door reguliere zorgverleners, mogelijke vergoeding door zorgverzekeraars enzovoorts). Daarnaast lijkt het van belang om ook aan de leden te verduidelijken dat kwaliteitsactiviteiten geen doel op zich zijn, maar een middel om de beroepsuitoefening op een hoger plan te tillen en de kwaliteit ervan aan derden zichtbaar te maken.

Dat met het ontwikkelen en implementeren van kwaliteitsbeleid veel tijd (en dus menskracht en geld) gemoeid gaat is inmiddels alom bekend en de aanbeveling is dan ook om een lange termijn planning te maken en haalbare doelen te stellen, zowel haalbaar voor het bestuur van de vereniging als haalbaar voor de individuele leden. Daarbij moet niet uit het oog worden verloren dat het belangrijkste wellicht is dat in de verenigingen een proces van kwaliteitsbewustzijn op gang wordt gebracht evenals een bewustwording van het feit dat de huidige maatschappij vraagt om inzicht in de kwaliteit van de zorgsector. Verwacht mag worden dat ook de ondersteuning door het CBO hieraan een bijdrage zal leveren.

Wat betreft het ontbreken van sanctiemogelijkheden lijkt een verandering in zicht. Tot voor kort had ontzegging van het lidmaatschap of het beroepsregister inderdaad weinig ingrijpende consequenties voor een beroepsbeoefenaar. Dit lijkt te gaan veranderen.

---

<sup>2</sup> Vanuit de reserves van de vereniging.

Het beleid van enkele zorgverzekeraars is erop gericht alleen alternatieve behandelingen te vergoeden indien die verricht worden door gekwalificeerde leden die in het beroepsregister van de vereniging zijn opgenomen. Indien dit de trend wordt zal vermelding in het beroepsregister meer gewicht krijgen en kunnen zorgverzekeraars op die wijze een functie vervullen in het reguleren van de kwaliteit in het alternatieve veld, een ontwikkeling die naar onze mening valt toe te juichen.

## 9.6 Tot slot

Het huidige onderzoek is uitgevoerd om meer zicht te krijgen op de (dynamische) processen die zich in de verenigingen afspelen, als aanvulling op de vorig jaar gehouden enquête, die per definitie een (statische) momentopname gaf. Deze aanvulling blijkt ook nuttig te zijn geweest voor aanscherping van de enquêtevragen voor de derde fase van het onderzoek. Uit de interviews blijkt namelijk dat er op enkele gebieden een discrepantie bestaat tussen de enquêtegegevens en de stand van zaken zoals deze uit de interviews naar voren komt. Niet onverwacht is de bevinding dat de vorig jaar gehouden enquête een enigszins rooskleuriger beeld van de stand van zaken geeft dan uit de interviews naar voren komt. Enkele geïnterviewden merkten op dat men nog niet over alle documenten beschikte die men in de enquête had aangekruist omdat de plannen die men op dat gebied had (door tijdnood) nog niet waren gerealiseerd. Belangrijker is de bevinding dat er op drie gebieden een aanzienlijke begripsverwarring heerst, namelijk ten aanzien van:

- ledenlijsten en beroepsregisters (het onderscheid is vaak niet duidelijk);
- klachtenregelingen en tuchtrecht (deze zijn vaak met elkaar verweven);
- protocollen en richtlijnen (hieronder wordt alle regelgeving begrepen en niet - zoals bedoeld was - voorschriften voor de behandeling van specifieke ziektebeelden).

De discrepantie tussen interviews en enquête op deze gebieden is niet veroorzaakt door een betrouwbaarheidsprobleem (men zou hetzelfde weer invullen) maar een validiteitsprobleem. Dit betekent dat de betreffende vragen in de enquête verduidelijkt en aangescherpt moeten worden om een realistisch beeld te kunnen krijgen. Voordat de enquête opnieuw wordt rondgestuurd voor de derde fase van het onderzoek zal de enquête daarom worden aangepast.



## LITERATUUR

- Grol R, Everdingen J van, Casparie AF. Invoering van richtlijnen en veranderingen: een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk. Utrecht, De Tijdstroom, 1994
- Ministerie van VWS. Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. 's Gravenhage, SDU Uitgeverij, 1992
- NIGZ. Het NIGZ infopunt alternatieve geneeswijzen. P. Broeder. In: NIGZ-gids Alternatieve Geneeswijzen 1997/1998. Woerden, NIGZ, 1997
- NIVEL. Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen. Rapport eerste fase: de stand van zaken in 1996. Utrecht, NIVEL, 1997
- NRV. Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies beroepsuitoefening en opleidingen alternatieve geneeswijzen. Zoetermeer, Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1990
- Sluijs EM, Bakker DH de. Kwaliteitssystemen in ontwikkeling. Een inventarisatie van kwaliteitssystemen die ontwikkeld zijn of ontwikkeld worden door koepels van beroepsbeoefenaren en koepels van instellingen in de gezondheidszorg en verwante welzijnszorg. Utrecht/Zoetermeer: NIVEL/NRV, 1992
- Sluijs EM, Bakker DH de, Dronkers J. Kwaliteitssystemen in uitvoering. Ervaringen met het invoeren van kwaliteitssystemen bij instellingen en beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en aanverwante welzijnszorg. Utrecht/Zoetermeer, NIVEL/NRV, 1994
- Sluijs EM, Dekker J, Visser E, Steultjens M. Kwaliteitsbeleid Paramedische Beroepsgroepen anno 1997. Eindrapport van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (vier delen: 1 Kwaliteitsbeleid; 2 Intercollegiale toetsing; 3 Richtlijnen en protocollen; 4 Draagvlak in de praktijk). Utrecht, NIVEL, 1997
- Visser GJ. Project samenwerking regulieren en alternatieve genezers. Utrecht, NIVEL, 1988
- Visser GJ. Alternatieve geneeswijzen in de huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap 31, 1988, nr 8. p252-256
- Visser GJ. Huisartsen en alternatieve genezers: een onderzoek naar meningen en ervaringen van huisartsen en patiënten. Utrecht, NIVEL, 1988
- Visser G. Tussenrapportage 'Bevordering Kwaliteitszorg Alternatieve Behandelwijzen'. Utrecht, CBO, 1997
- Wagner C, Bakker, DH de, Sluijs EM. Kwaliteitssystemen in instellingen; de stand van zaken in 1995. Utrecht/Zoetermeer: NIVEL/NRV, 1995
- Wensing M, Grol R, Dubois V. Invoering van kwaliteitsbevordering in de huisartsgeneeskunde: knelpunten en behoefte bij huisartsen. Maastricht, WOK, 1993





A4-0075/97

**Resolutie over de status van de niet-conventionele geneeskunde**Het Europees Parlement,

- onder verwijzing naar de ontwerp-resolutie van de leden Pimenta, Dell'Alba, Diez de Rivera Icaza, Crowley, Ewing, Gonzalez Alvarez en Plumb over alternatieve (of niet-conventionele) geneeskunde (B4-0024/94),
  - gelet op zijn advies van 13 juni 1991 inzake het voorstel van de Commissie aan de Raad voor een richtlijn tot uitbreiding van het toepassingsgebied van de richtlijnen 65/65/EEG en 75/319/EEG betreffende de aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen inzake geneesmiddelen en tot vaststelling van aanvullende bepalingen voor homeopathische geneesmiddelen <sup>(1)</sup>,
  - gelet op richtlijn 92/73/EEG van de Raad tot uitbreiding van het toepassingsgebied van de richtlijnen 65/65/EEG en 75/319/EEG betreffende de aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen inzake geneesmiddelen en tot vaststelling van aanvullende bepalingen voor homeopathische geneesmiddelen <sup>(2)</sup>,
  - gelet op begrotingslijn B6-8332 van de begroting van de Europese Unie voor het begrotingsjaar 1994, begrotingslijn B6-7142 voorlaatste alinea van die voor het begrotingsjaar 1995, vierde alinea van begrotingslijn B6-7142 van die voor het begrotingsjaar 1996 waarin 1 mln ecu is uitgetrokken voor "onderzoek naar de doelmatigheid van andere therapeutische methoden zoals chiropractie, osteopathie, acupunctuur, naturopathie, Chinese geneeskunde, antroposofische geneeskunde en fytotherapie, enz.",
  - gezien het verslag van de Commissie milieubeheer, volksgezondheid en consumentenbescherming en het advies van de Commissie juridische zaken en rechten van de burger (A4-0075/97),
- A. overwegende dat een deel van de bevolking van de lidstaten van de Europese Unie zijn toevlucht neemt tot niet-conventionele geneeswijzen en therapieën en dat het derhalve niet realistisch zou zijn dit te negeren,
- B. overwegende dat de, door sommige artsen gedeelde, opvatting dat verschillende behandelingsmethoden, zelfs verschillende benaderingen van gezondheid en ziekte, elkaar niet uitsluiten maar elkaar integendeel kunnen aanvullen, steeds wijder verbreid raakt,
- C. overwegende dat het belangrijk is dat patiënten een zo breed mogelijke therapiekeuze gewaarborgd wordt door hun de grootst mogelijke veiligheid te garanderen en hun zo correct

---

<sup>(1)</sup> PB C 183 van 15.7.1991, blz. 318.

<sup>(2)</sup> PB L 297 van 13.10.1992, blz. 8.

mogelijke informatie verschaffen over veiligheid, kwaliteit, effectiviteit en eventuele risico's van de zogenoemde niet-conventionele geneeskunde en hen te beschermen tegen niet-bevoegden,

- D. overwegende dat de geneeswijzen en therapieën waarop de term "niet-conventionele geneeskunde" van toepassing is, gemeen hebben dat hun geldigheid niet of slechts gedeeltelijk wordt erkend; overwegende dat men een medische of chirurgische behandeling "alternatief" kan noemen wanneer zij kan worden toegepast ter vervanging van een andere behandeling, en "aanvullend" wanneer zij een aanvulling vormt op een andere behandeling; overwegende dat het misleidend is om te spreken van "alternatieve" of "aanvullende" geneeskunde omdat alleen uit de specifieke context waarin een therapie wordt toegepast, kan worden afgeleid of het in een bepaald geval om een alternatieve of aanvullende behandeling gaat; overwegende dat een alternatieve geneeswijze tegelijkertijd ook aanvullend kan zijn; overwegende dat in de onderhavige resolutie de term "niet-conventionele geneeskunde" betrekking heeft op de begrippen "alternatieve geneeskunde", "natuurgeneeskunde" en "aanvullende geneeskunde", die in sommige lidstaten zonder onderscheid worden gehanteerd om geneeswijzen aan te duiden die afwijken van de conventionele geneeskunde,
- E. overwegende dat de arts in het belang van een maximale bescherming van zijn eigen patiënten alle middelen en alle kennis op ongeacht welk terrein van de geneeskunst mag benutten in overeenstemming met zijn kennis en zijn geweten,
- F. overwegende dat er een groot scala aan niet-conventionele geneeswijzen bestaat en dat enkele daarvan in sommige lidstaten een zekere vorm van wettelijke erkenning genieten en/of op Europees niveau een organisatiestructuur hebben (gemeenschappelijke basisopleiding, beroepscode, enz.) met name de chiropractie, de homeopathie, de antroposofische geneeskunde, de traditionele Chinese geneeskunde (met inbegrip van de acupunctuur), shiatsu, naturopathie, osteopathie, fytotherapie, enz.; overwegende dat er slechts een aantal niet-conventionele geneeswijzen voldoet aan elk van de volgende criteria, te weten: een zekere vorm van wettelijke erkenning in bepaalde lidstaten, een organisatiestructuur op Europees niveau en zelfreguleringsmechanismen,
- G. gelet op het EG-Verdrag en in het bijzonder Titel III, de artikelen 52 t/m 66, betreffende het vrije verkeer van personen en de vrijheid van vestiging; overwegende dat de verschillen in status en erkenning van elk van deze niet-conventionele geneeswijzen binnen de Europese Unie een belemmering van deze vrijheden vormen; overwegende dat de vrijheid van beroepsuitoefening die sommige beroepsbeoefenaren in hun land genieten, in geen geval door een wijziging van de status of de erkenning van deze geneeswijzen op Europees niveau mag worden beperkt, evenmin als de vrijheid van patiënten om te kiezen voor niet-conventionele geneeswijzen; gelet op de verplichtingen van het Verdrag jegens de lidstaten, meer in het bijzonder hetgeen is bepaald in artikel 57, leden 1, 2 en 3,
- H. overwegende dat zich reeds duidelijk een ontwikkeling heeft afgetekend, hetzij door de goedkeuring in enkele lidstaten van nationale wetgeving die de uitoefening van de niet-conventionele geneeskunde liberaliseert en tegelijkertijd het verrichten van bepaalde specifieke handelingen voorbehoudt aan erkende beroepsbeoefenaren (de op 9 november 1993 door de Nederlandse Eerste Kamer aangenomen wet "Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg") hetzij door de goedkeuring van specifieke regelgeving (Wet op de osteopaten van 1993 en Wet op de chiropractici van 1994 in het Verenigd Koninkrijk, wetgeving inzake chiropractie van

1991 in Denemarken, in 1989 in Zweden en in Finland), of door de officiële goedkeuring van de opleiding (voor chiropractie in het Verenigd Koninkrijk en in de Noordse landen) of door de opneming van de geneeswijzen in de farmacopee (antroposofische geneeskunde in Duitsland),

- I. overwegende dat Europese wetgeving inzake de status en de uitoefening van de niet-conventionele geneeskunde een garantie voor de patiënten kan vormen; overwegende dat iedere geneeswijze in staat zou moeten zijn haar beroep op Europees niveau te organiseren (beroepscode, beroepsregisters en opleidingscriteria en -niveau),
- J. overwegende dat de verschillende niet-conventionele geneeswijzen duidelijk moeten worden onderscheiden; overwegende dat daartoe klinische proeven, evaluatie van de behandelingsresultaten, fundamenteel onderzoek (werking) en andere wetenschappelijke studies of academisch onderzoek vereist is om de effectiviteit van de toegepaste therapieën te evalueren en dat deze evaluatie dient te geschieden volgens de in de menselijke therapeutiek gebruikelijke methodologieën, die gebaseerd zijn op de actuele wetenschappelijke kennis, in het bijzonder op het gebied van de biologie en de statistiek,
- K. overwegende dat het opleggen van regelgeving voor en coördinatie van de opleidingscriteria waaraan beoefenaren van de diverse niet-conventionele geneeswijzen moeten voldoen, een onmisbare garantie voor de burgers zouden vormen; overwegende dat het zowel voor de patiënten als voor de beroepsbeoefenaren van essentieel belang is dat de beroepskwalificaties op een hoog niveau worden geharmoniseerd en dat de beoefenaren in elk geval een staatsdiploma moeten kunnen voorleggen dat beantwoordt aan de specifieke vereisten van elke discipline; overwegende dat het opleidingsniveau dient te beantwoorden aan de algemene medische beginselen die gelden voor elke therapeutische behandeling, alsmede aan de specifieke vereisten van de diverse niet-conventionele medische disciplines,
- L. overwegende dat de opleiding van beoefenaren van de conventionele geneeskunde een inleiding in enkele niet-conventionele geneeswijzen zou moeten omvatten,
- M. overwegende dat het volledige scala aan farmaceutische producten en kruiden van de niet-conventionele geneeskunde in de Europese farmacopee moet worden opgenomen, teneinde de therapeuten in staat te stellen hun beroep op correcte wijze uit te oefenen en tegelijkertijd voor de patiënten te waarborgen dat de niet-conventionele geneeswijzen zorgvuldig worden gecontroleerd; overwegende dat het om dezelfde redenen noodzakelijk is de richtlijnen 65/65/EEG, 75/319/EEG en 92/73/EEG, alsmede verordening (EEG) 2309/93 tot oprichting van een Europees bureau voor de geneesmiddelenbeoordeling te herzien, teneinde de kwaliteit en de veiligheid van de niet-conventionele geneeskunde te kunnen waarborgen,
- N. overwegende dat de Raad in zijn resolutie van 20 december 1995 over bereidingen op basis van medicinale planten <sup>(1)</sup> de Commissie verzoekt "de wettelijke status van de bereidingen op basis van medicinale planten, gelet op de communautaire bepalingen op het stuk van farmaceutische specialiteiten" te verduidelijken en "de specifieke voorwaarden waaraan moet worden voldaan om de bescherming van de volksgezondheid te waarborgen" te bestuderen,

---

(<sup>1</sup>) PB C 350 van 30.12.1995, blz. 6.

- O. overwegende dat het noodzakelijk is de kwaliteit, de effectiviteit en de veiligheid van de onderzochte geneesmiddelen aan te tonen en over elk product monografieën te publiceren,
- P. overwegende dat wetgeving op het gebied van toevoegingen aan voedingsmiddelen (vitaminen, sporenelementen, enz.), gezien de huidige wetgeving, zou bijdragen tot de bescherming van de consument zonder zijn toegangsmogelijkheden en zijn keuzevrijheid te beperken en ertoe zou leiden dat de gekwalificeerde beroepsbeoefenaren dergelijke middelen ongehinderd kunnen voorschrijven,
- Q. overwegende dat er een overgangperiode nodig is om iedere actieve beroepsbeoefenaar in staat te stellen zich aan de nieuwe wetgeving aan te passen en dat het noodzakelijk is een "erkenningscommissie" in te stellen die de situatie van de betrokken beroepsbeoefenaren per geval onderzoekt,
1. verzoekt de Commissie, als de resultaten van het onderzoek dit toestaan, een proces van erkenning van de niet-conventionele geneeswijzen op gang te brengen en de nodige stappen te ondernemen om de daarvoor noodzakelijke commissies in te stellen;
  2. verzoekt de Commissie een grondig onderzoek naar de veiligheid, de effectiviteit, het toepassingsgebied en het aanvullende dan wel alternatieve karakter van alle niet-conventionele geneeswijzen uit te voeren, alsmede een vergelijkend onderzoek te verrichten naar de diverse nationale juridische modellen die van toepassing zijn op de beoefenaren van niet-conventionele geneeskunde;
  3. verzoekt de Commissie bij de formulering van Europese wetgeving inzake de niet-conventionele vormen van geneeskunde een duidelijk onderscheid te maken tussen de niet-conventionele geneeswijzen met een "aanvullend" karakter en de zogenaamde "alternatieve" geneeswijzen, te weten zij die in de plaats treden van de conventionele geneeskunde;
  4. verzoekt de Raad om na afsluiting van de voorbereidende werkzaamheden overeenkomstig paragraaf 2 de ontwikkeling van onderzoeksprogramma's op het terrein van de niet-conventionele takken van geneeskunde te bevorderen en daarbij rekening te houden met de individuele en holistische benadering, alsook met de preventieve rol en de bijzonderheden van de niet-conventionele medische disciplines; is voornemens hetzelfde te doen;
  5. dringt er bij de Commissie op aan zo spoedig mogelijk een verslag voor te leggen aan de Raad en het Parlement over de resultaten van de reeds verrichte studies en onderzoeken in het kader van de begrotingslijn B-7142, die sinds 1994 bestemd is voor onderzoek naar de doeltreffendheid van homeopathie en andere niet-conventionele geneeswijzen;
  6. verzoekt de Commissie om er in het onderzoek naar de effectiviteit van de therapieën die in de niet-conventionele geneeskunde worden toegepast op toe te zien dat bij geen van deze geneeswijzen die in de lidstaten worden toegepast gebruik wordt gemaakt van geneesmiddelen die zijn gemaakt van organen van bedreigde diersoorten, daar dit zou neerkomen op betrokkenheid bij illegale handel;
  7. verzoekt de Commissie een voorstel voor een richtlijn in te dienen inzake voedingssupplementen, die vaak een grensgeval vormen tussen een dieetproducten en geneesmiddelen; een dergelijke wetgeving waarborgen dient te scheppen voor een goede wijze

van fabricage met het oog op de bescherming van de consument, zonder de vrijheid van toegang of de keuze te beperken, en ook de vrijheid voor iedere beroepsbeoefenaar om deze producten aan te bevelen dient te waarborgen; verzoekt de Commissie de handelsbelemmeringen tussen de lidstaten op te heffen en de fabrikanten van gezondheidsproducten vrije toegang tot alle markten van de EU te verlenen;

8. verzoekt zijn Voorzitter deze resolutie te doen toekomen aan de Raad, de Commissie en de regeringen van de lidstaten.



## BIJLAGE 2 OVERZICHT VAN RESPONDENTEN

- 1 Beroepsvereniging voor Trainers/Therapeuten Emotioneel Lichaamswerk (BETTEL)
- 2 Bond van Europese Reflexologen, afd. Nederland
- 3 Gilde van Simontontherapeuten
- 4 Nederlands Gilde Van Hypnotherapeuten (NGVH)
- 5 Nederlands Iriscopisten Gilde (NIG)
- 6 Nederlands Verbond voor Psychologen, Psychotherapeuten en Agogen (N.V.P.A.) Beroepsvereniging voor counselors
- 7 Nederlandse Associatie van Gediplomeerde Osteopaten (NAGO)
- 8 Nederlandse Feldenkrais Vereniging
- 9 Nederlandse Vereniging ter Bevordering van de Antroposofische Psychotherapie (NVAP)
- 10 Nederlandse Vereniging Van Ademtherapeuten (NVVA)
- 11 Nederlandse Vereniging van Antroposofische Artsen (NVAA)
- 12 Nederlandse Vereniging van Antroposofische Fysiotherapeuten (NVAF)
- 13 Nederlandse Vereniging van Antroposofisch Verpleegkundigen (NVAV)
- 14 Nederlandse Vereniging van Biodynamische Therapeuten (NVBT)
- 15 Nederlandse Vereniging van Klassiek Homeopaten (NVKH)
- 16 Nederlandse Vereniging van Leraren Alexander-Techniek (NeVLAT)
- 17 Nederlandse Vereniging van Reïncarnatie Therapeuten (NVRT)
- 18 Nederlandse Vereniging voor Acupunctuur (N.V.A.)
- 19 Nederlandse Vereniging voor Geestelijke- en Natuurgeneeswijzen (NVGN)
- 20 Nederlandse vereniging voor hypnose (Nvvh)
- 21 Nederlandse Vereniging voor Logotherapie en Existentiële Analyse (NVLEA)
- 22 Nederlandse Vereniging voor Mesologie (NVVM)
- 23 Nederlandse Vereniging voor Neuraal-/Regulatietherapie (NVNR)
- 24 Nederlandse Vereniging voor Podokinesiologie (NVvP)
- 25 Nederlandse Vereniging voor Traditionele Chinese Geneeskunde ZHONG
- 26 Nederlandse Werkgroep van Praktizijns in de Natuurlijke Geneeskunst (NWP)
- 27 Stichting ASR-therapie® (Analytisch Synthetische Response-therapie)
- 28 Stichting Taijiquan Nederland (STN)
- 29 Stichting tot Bevordering van de Paranormale Geneeswijze (SBPG)  
is geworden: Stichting Van Gemert Centrum (VGC)
- 30 Vereniging Beter Natuurlijk (VBN)
- 31 Vereniging Rebirth Holland (VRH)
- 32 Vereniging Van Haptotherapeuten (VVH)
- 33 Vereniging van Homeopathische Artsen in Nederland (VHAN)
- 34 Vereniging van Integraal-Therapeuten (VIT)
- 35 Vereniging van Natuurgeneeskundig Therapeuten (VNT)
- 36 Vereniging van Nederlandse Reflexzone Therapeuten (VNRT)
- 37 Vereniging van Yogaleerkrachten Nederland
- 38 Vereniging voor Astrologie (Asas)
- 39 Vereniging voor Kunstzinnige Therapie op antroposofische grondslag
- 40 Vereniging voor Neuro-Reflex Therapie (VNRT)





## BIJLAGE 3 INTERVIEWVRAGEN

In principe zijn in de vraaggesprekken de volgende onderwerpen aan de orde gesteld:

1. Wat is er sinds de zomer van 1996 veranderd aan de inhoud van het kwaliteitsbeleid?
2. Welke prioriteiten stelt de vereniging? Waarom juist deze?

Vervolgens werd ingegaan op acht (mogelijke) onderwerpen van een kwaliteitsbeleid. Deze worden besproken aan de hand van de vragen 3 tot en met 6. (Onderwerpen waarover de vereniging geen schriftelijke richtlijnen heeft, bleven daarbij buiten beschouwing).

De onderwerpen zijn de volgende:

- opleiding;
- bij- en nascholing;
- (opname in) beroepsregister en herkenbaarheid;
- toepassing van de geneeswijze;
- organisatie van de beroepsuitoefening;
- attitude en gedrag;
- relatie tot de reguliere zorg;
- tuchtrecht en klachtenopvang.

3. Zijn de leden van de vereniging op de hoogte van de regels met betrekking tot dit onderwerp? Welke middelen heeft u daartoe ingezet?
4. Wat is het oordeel van de leden over de regels met betrekking tot dit onderwerp? Hoe peilt u die mening?
5. In hoeverre voldoen de leden thans aan de regels met betrekking tot dit onderwerp? Wie gaat na of dit zo is?
6. Welke problemen deden of doen zich hierbij voor (ook: mogelijke voor- en nadelen voor de leden)? Wat waren of zijn de oplossingen voor die problemen?

Tot slot:

7. Wat zijn verdere plannen voor de implementatie van het kwaliteitsbeleid?

Daarnaast is in het algemeen aandacht besteed aan de financiële aspecten van de beroepsorganisatie, aan de gebruikte strategieën bij de ontwikkeling van het kwaliteitsbeleid en aan instrumenten om het kwaliteitsbeleid actueel te houden.

Enkele andere recente NIVEL-rapporten:

**Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen**

**Rapport eerste fase; de stand van zaken in 1996**

**Auteur: D.de Bakker, I.A.Miltenburg**

**Utrecht: NIVEL, 1997, 108 pag., fl. 20,00.**

Het rapport 'Kwaliteitsbeleid beroepsorganisaties alternatieve genees- en behandelwijzen' beschrijft een referentiekader voor het kwaliteitsbeleid in het alternatieve veld. De 36 kwaliteitsnormen in het referentiekader weerspiegelen de voorwaarden voor een kwalitatief goede beroepsuitoefening.

Het rapport bevat daarnaast de stand van zaken wat betreft het kwaliteitsbeleid bij ruim 80 beroepsorganisaties in de alternatieve genees- en behandelwijzen: beschreven wordt in welke mate bijvoorbeeld opleiding, registratie van beroepsbeoefenaren, protocollering of klachtenbehandeling zijn geregeld. Het rapport is gebaseerd op de eerste fase van een drie jaar durend onderzoek naar de kwaliteitsbewaking in het alternatieve veld, dat in opdracht van het Ministerie van VWS wordt verricht. Elk jaar zullen tussentijdse rapportages verschijnen.

**Het paramedische kwaliteitsbeleid in 1997**

**Deelrapport 1: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)**

**Auteurs: E.M.Sluijs, J.Dekker**

**Utrecht: NIVEL, 1997, 62 pag., fl. 13,50**

Het rapport beschrijft het paramedische kwaliteitsbeleid anno 1997 en de toekomstplannen van de paramedische beroepen. De paramedische beroepen zijn de Diëtisten, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënisten, Oefentherapeuten-Cesar, Oefentherapeuten Mensendieck, Orthoptisten, Podotherapeuten en Radiologisch Laboranten. De afgelopen drie jaar hebben deze beroepen grote vorderingen gemaakt bij de verdere ontwikkeling van hun kwaliteitsbeleid en zijn tal van kwaliteitsbevorderende activiteiten in gang gezet. In het rapport wordt beschreven wat het driejarige - door het Ministerie van VWS gesubsidieerde - programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ) heeft opgeleverd.

**Draagvlak voor het paramedische kwaliteitsbeleid in de praktijk**

**Deelrapport 4: Eindevaluatie van het programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg (OKPZ)**

**Auteurs: E.M.Sluijs, E.Visser, M.Steultjens, J.Dekker**

**Utrecht: NIVEL, 1997, 76 pag., fl. 15,50**

Dit rapport beschrijft de opvattingen van paramedische beroepsbeoefenaren over 21 activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en kwaliteitsverbetering. De ruim 900 geënquêteerde paramedici hebben ook hun mening over de implementatie daarvan gegeven. Zij vertegenwoordigen Diëtisten, Ergotherapeuten, Fysiotherapeuten, Logopedisten, Mondhygiënisten, Oefentherapeuten-Cesar, Oefentherapeuten Mensendieck, Orthoptisten, Podotherapeuten en Radiologisch Laboranten. De resultaten laten zien dat kwaliteit volop 'leeft' in het veld. De beroepsgroepen verschillen in de prioriteiten die zij stellen en in hun visie op de implementatie. De gegevens kunnen richting geven aan de implementatieplannen die de beroepsverenigingen ontwikkelen.